

73
56 (2)



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTAS PREDISONENTES A
LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3° AL
5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS –
2012.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy

Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth.

ASESORA:

Dra. Eva Lucía Matute Panaifo.

IQUITOS – PERU

2012



466
**BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

06/09/12

RESUMEN

“FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTAS PREDISONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012”

Presentado por:

Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy¹; Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth².

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre los factores psicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012. El método de investigación fue el Cuantitativo, el diseño no experimental del tipo descriptivo correlacional. La hipótesis planteada fue: “Existe relación estadísticamente significativa entre los factores psicosociales: (nivel de autoestima, tipo de depresión, funcionalidad familiar) y las conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012”. Se estudió a 168 adolescentes previamente seleccionados mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, aplicando cuatro instrumentos: El Test de Autoestima con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 80.07%, Test de Tamizaje de Depresión con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 75%, El APGAR Familiar con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 82% y El Test de Valoración sobre Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 95%. Para el análisis e interpretación de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS Vs. 17 y las pruebas no paramétricas de Chi cuadrado para la contrastación de las hipótesis específicas con un nivel de significancia de α 0.05. Como principales hallazgos, tenemos: existe asociación entre los síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa según ($p < ,000 < \alpha \leq 0.05$); lo que permite aceptar la hipótesis específica N° 02. No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima, funcionalidad familiar y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, según ($p < 0,563 > \alpha \leq 0.05$); ($p < 0,182 > \alpha \leq 0.05$) lo cual no permite aceptar la hipótesis específica N° 01 y 03.

Palabras Clave: Anorexia Nerviosa, autoestima, depresión, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

“PSYCHOSOCIAL FACTORS AND PREDISPOSABLE BEHAVIORS TOWARDS ANOREXIA IN TEENAGE WOMEN FROM 3° TO 5° GRADE FROM SAGRADO CORAZON HIGH SCHOOL, IN IQUITOS, 2012.”

PRESENTED FOR:

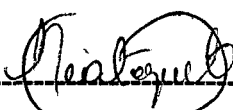
Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy¹; Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth².

The research had as an objective to determine the association existing between psychosocial factors and predisposable behaviors towards anorexia in teenage women from 3° to 5° grade from Sagrado Corazon High School, in Iquitos, 2012. The method for this research was Quantitative, the design was non experimental of a descriptive (correlational) type. 168 teenage women were previously tested through simple probabilistic sample at random, applying four instruments: The self-esteem test with a content validity of 85% and reliability of 80.07%, depression test with a content validity of 85% and reliability of 75%, family APGAR with a content validity of 85% and reliability of 82% and the valuation test of disposable behaviors towards anorexia with a content validity of 85% a reliability of 95%. The purpose was to respond to the given hypothesis, “There is a statistically significant relation between psychosocial factors such as, self-esteem level, type of depression, family functionality) and (predisponentes) behaviors towards anorexia in teenage women from 3° to 5° grade from Sagrado Corazon High School, in Iquitos, 2012, and the general result is that it does not exist a statistically significant association between self-esteem level ($P < 5.63 < \alpha 0.05$) and family functionality ($P < 1.82 < \alpha 0.05$); which indicates that the hypothesis of the research is not accepted.

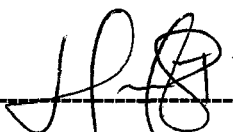
On the other hand, it exists a statistically significant association between depressive symptoms ($P < 000 < \alpha 0.05$), for which the hypothesis of the research is accepted.

Keywords: Nervous Anorexia, self-esteem level, type of depression, family functionality.

**TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PÚBLICA EN LA FACULTAD
DE ENFERMERIA EL DE DEL AÑO 2012 ANTE EL
JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:**



**Dra. Elva Lorena REATEGUI DEL CASTILLO
PRESIDENTA**



**Dra. Hilda MONTOYA DE LOPEZ
MIEMBRO**



**Dra. Eva Lucia MATUTE PANAIFO
MIEMBRO-ASESORA**

DEDICATORIA

A nuestro padre celestial; por darme la fuerza, las herramientas y la inteligencia necesaria para poder atravesar este pequeño camino de mi vida.

A mis padres; por estar conmigo incondicionalmente, enseñándome y guiándome para ser una mujer ejemplar; velando mis anhelos e ideales.

En memoria a mi abuelita (QEPD); por estar conmigo apoyándome, iluminándome en todo momento de mi vida y dándome el soplo de fe y esperanza para culminar mis estudios; ahora que lo he logrado pondré todo de mi parte para no defraudarla.

A mis hermanos; por apoyarme y aconsejarme a eliminar mis dudas, temores y preocupaciones y así poder cumplir mis sueños, anhelos y mis metas trazadas a lo largo de mi vida.

Seudy Rodríguez Pinedo

DEDICATORIA

A mis padres; porque ellos me brindaron no solo el apoyo económico, sino que me dieron el sostén emocional y me brindaron sus consejos en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi hermana Heidi; que me enseñó con su ejemplo a ser una estudiante responsable y una profesional dedicada y entregada a su trabajo.

A mis abuelos; porque a través de su experiencia me han transmitido los mejores conocimientos y valores para superarme como persona.

Rossitta Elizabeth Tapia Fachín.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro sincero y profundo agradecimiento a las siguientes personas:

- ❖ A la Facultad de Enfermería - UNAP, por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.
- ❖ A nuestra querida Asesora: Dra. Eva Lucía Matute Panaifo. Por su apoyo profesional, carácter, tiempo, consejos sabios, dedicación y comprensión, con la que ha guiado la investigación a lo largo de su desarrollo y por el apoyo estadístico que acertadamente nos ha brindado.
- ❖ A la Dra. Elva Lorena REATEGUI DEL CASTILLO y la Dra. Hilda MONTOYA DE LOPEZ, docentes miembros del jurado calificador, por sus valiosas sugerencias y oportunos aportes, en el desarrollo de la investigación.
- ❖ A la Sra. Nelly RENGIFO DE GARCIA, Directora del Colegio Sagrado Corazón, por aceptar y facilitarnos la autorización para la aplicación de los instrumentos.
- ❖ A las adolescentes del Colegio Sagrado Corazón, participantes en la investigación, por brindarnos su valioso tiempo y sus experiencias tempranas.
- ❖ A la Sra. Lady SAAVEDRA BARDALES, secretaria del Instituto de Investigación de la Facultad de Enfermería, por su valioso apoyo y orientación en los tramites y responsabilidades a considerar.

INDICE DE CONTENIDOS

	<u>Pág</u>
Resumen	i
Abstract	ii
 CAPITULO I:	
Introducción.....	01
Planteamiento del problema.....	04
Objetivos.....	05
 CAPITULO II:	
Marco teórico.....	06
Definiciones operacionales.....	44
Hipótesis.....	48
 CAPITULO III:	
Método y diseño de investigación.....	49
Población y muestra.....	50
Técnicas e instrumentos.....	53
Procedimientos de recolección de datos.....	59
Análisis de datos.....	61
Limitaciones.....	62
Protección de los derechos humanos.....	62

Discusión.....	74
Conclusiones.....	77
Recomendaciones.....	79
Referencias Bibliográficas.....	80
ANEXOS.....	iii

INDICE DE TABLAS

	<u>Pág</u>
TABLA Nº 1: Niveles de autoestima en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado corazón de Iquitos, iquitos-2012.....	64
TABLA Nº 2: Síntomas depresivos en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado corazón de Iquitos, iquitos-2012.....	65
TABLA Nº 3: Funcionalidad familiar en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón de Iquitos, iquitos-2012.....	66
TABLA Nº 4: Conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón De Iquitos, Iquitos-2012.....	67
TABLA Nº 5: Niveles de autoestima y conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón De Iquitos, Iquitos-2012.....	68
TABLA Nº 6: Síntomas depresivos y conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón De Iquitos, Iquitos-2012.....	70
TABLA Nº 7: Funcionalidad familiar y conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón De Iquitos, Iquitos-2012.....	72

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La adolescencia es el período etareo más vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en su identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado¹, sobre todo en las mujeres jóvenes, esta presión por tener una apariencia delgada es como un símbolo de aceptación social y un factor importante que puede llevar al desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria² que traen consecuencias que producirán tanto a nivel físico, emocional (baja autoestima, síntomas depresivos) y/o social (funcionalidad familiar).³

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y cuadros afines no especificados, han alcanzado en los últimos años una especial relevancia, debido a la progresión de su prevalencia en las sociedades desarrolladas. En las últimas décadas ha surgido y se ha incrementado la presión social sobre el aspecto físico de los adolescentes.⁴ por lo que podemos hablar de una auténtica epidemia que ha cogido desprevenida a la administración sanitaria, de manera igualitaria en todos los países del mundo, incluyendo los países subdesarrollados. A pesar de que esta observación es admitida incluso por los profesionales más conservadores, se continúa sin dar una respuesta sanitaria suficiente y coherente.⁵

La anorexia nerviosa (AN) es el trastorno más frecuente y conocido, se caracteriza por una pérdida de peso por propia voluntad de la persona, y

se encuadra en la actualidad en una enfermedad psicosomática. En épocas anteriores se aceptaba la mayor incidencia en el sexo femenino en un 90%, dominando la raza blanca en un 95%, siendo las adolescentes las más afectadas en un 75%. Estos datos epidemiológicos considerados clásicos han evolucionado participando de los trastornos de conducta alimentaria en todos los niveles sociales, y afectando cada vez a edades más tempranas, incluyendo a niñas y a edades elevadas, de mujeres maduras.⁶

En la amplia discusión científica existente sobre la etiología de la enfermedad se identifican como causas, factores socioculturales como el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género y conflictos en el entorno familiar evaluados como causa o efecto del trastorno. También se han propuesto factores biológicos como una predisposición genética, presencia de psicopatología previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición; Así como características personales como una baja autoestima, y un alto nivel de auto exigencia. No obstante, muchos estudios asumen un origen multicausal de la enfermedad.⁷

En el Perú la anorexia nerviosa es un problema de los adolescentes ya que en nuestro medio la delgadez es considerado como un ideal de belleza los cuales son impuestos por diferentes medios masivos de comunicación que proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.⁸ De acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática la población estimada para

el 2005 fue de 27 974 millones, en el cuál la población adolescente de 12-19 años, fue de 22.8% traducido en cifras es un aproximado de 6,3 millones de adolescentes en el Perú.⁹ Por lo que resulta importante y necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su adaptación individual, interpersonal y social del adolescente.¹⁰

Pocos son los estudios que se realizan para evidenciar la relación que existe entre los Factores psicosociales (autoestima, síntomas depresivos y funcionalidad familiar) y la presencia de conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes, por ello es de suma importancia dar respuesta a esta pregunta ¿Existe relación entre los Factores psicosociales y conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012?

Los resultados del presente estudio permitirá tener información real y actualizada de las variables en estudio, de esta manera contribuirá a contar con base teórica de los factores psicosociales y conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes que permita contar con importantes aportes teóricos para futuros trabajos de investigación a nivel pre y posgrado; así mismo, brindar un cuidado de calidad en la problemática sanitaria del adolescente en el marco de la estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los factores psicosociales y conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes mujeres del 3° al 5° de secundaria del colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012?

3. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la relación existente entre los factores psicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012.

ESPECIFICOS

- 1) Identificar los factores psicológicos: Nivel de autoestima y síntomas depresivos, en las adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012
- 2) Identificar el factor social: Funcionalidad familiar, en las adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012.
- 3) Identificar las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en las adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012.
- 4) Establecer la relación entre los factores psicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en las adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

En la actualidad existen escasas investigaciones acerca de la variable de estudio, sin embargo se encontró que:

PALACIOS, J (Colombia - 2007), en su estudio *“Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa”*, afirma que la anorexia nerviosa es el trastorno del comportamiento alimentario (TCA) que representa las tasas de mayor mortalidad de los trastornos psiquiátricos. Sin embargo la Asociación Americana de Psicología (APA), edita unas guías para el manejo psicológico de las personas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa. Una tercera edición de estas guías es publicada en junio de 2006 y en ella los siguientes objetivos terapéuticos en el manejo de las personas con anorexia nerviosa:

- Restablecer un peso saludable, lo que necesariamente se vincula a la recuperación de la ovulación y los ciclos menstruales normales en los pacientes de sexo femenino, un funcionamiento sexual y un restablecimiento de niveles hormonales en pacientes de sexo masculino y un crecimiento y desarrollo físico y sexual normales en pacientes niños y adolescentes.
- Dar tratamiento a las complicaciones físicas.

- Promover la motivación del paciente para cooperar en el restablecimiento de patrones de alimentación saludables y participar en el tratamiento.
- Educar en el establecimiento de patrones de alimentación y nutrición saludables.
- Ayudar a los pacientes a reconocer y modificar los patrones cognoscitivos disfuncionales, actitudes, motivaciones, conflictos y sentimientos relacionados con el TCA.
- Tratar las condiciones psiquiátricas asociadas, incluyendo alteraciones en el humor y la regulación de los impulsos, así como problemas de autoestima, depresión, y comportamiento.
- Favorecer tanto el soporte familiar.
- Prevenir las recaídas.¹¹

De acuerdo con **HOECK (2009)**, la incidencia de la anorexia nerviosa es de aproximadamente 8 personas por 100.000 cada año. Se ha visto un sustancial incremento de este trastorno desde 1935 hasta 1999, en mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y los 24 años.¹²

De otro lado, **PAPALIA, D (México 2005)**, refiere que la preocupación por la imagen corporal, a menudo se intensifica en la adolescencia y que puede generar esfuerzos obsesivos por controlar el peso, patrón que es más común entre chicas que en chicos.¹³

Según la Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación "Rihta", refiere que: La anorexia nerviosa es un trastorno mental y del comportamiento. En el mundo tienen anorexia y bulimia 7 millones de mujeres y un millón de hombres, además constituyen la 2da causa de muerte entre los adolescentes con el más alto índice de mortalidad entre

las enfermedades psíquicas. Estas patologías aparecen particularmente en la adolescencia, cuando el cuerpo se desarrolla y cambia en forma abrupta, algo que causa una evolución muy rápida del crecimiento biológico, pero que no se mantiene en armonía con la imagen corporal propia.¹⁴ Las implicancias nutricionales estriban en que los adolescentes en esta etapa están dispuestos a hacer o intentar cualquier cosa que los haga verse mejor, sin embargo en esta etapa desean resultados inmediatos.¹⁵

Por lo que la anorexia es un serio problema de la población adolescente; En Argentina el 15% de adolescentes padece algún trastorno alimenticio, una niña de 10 años fue diagnosticada con anorexia nerviosa y una joven de 24 años se suicidó en la clínica donde se encontraba internado a causa de la anorexia nerviosa ; en Uruguay este trastorno causó la muerte de Luisel Ramos en Agosto del 2006 a consecuencia de un paro cardíaco como complicación de la Anorexia nerviosa y en Brasil las muertes de Carolina Beston (21 años), Carla Sobrado (22 años) y Beatriz Ferraz (23 años) que fallecieron entre noviembre y diciembre del 2006 a consecuencia de las complicaciones de la anorexia nerviosa.¹⁴

Para la Asociación de lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA), Gastón Agurto nos dice: Un primer paso es capacitar a los maestros en la prevención y detección temprana. Pero ¿Cómo descubrir una anoréxica en potencia? La primera luz de alerta dicen la dan las alumnas que durante el recreo dejan intacta la lonchera argumentando estar a dieta. O aquellas que durante la clase de educación física realizan ejercicios o deportes de manera intensa y compulsiva con el único fin de bajar de

peso. También las perfeccionistas, alumnas estrella, ejemplares, un tipo de personalidad que caracteriza a las anoréxicas.¹⁶

En cuanto a la anorexia nerviosa y factores asociados a ella, **BEHAR, R. (Chile, 2007)**, realizó un estudio titulado "*Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria*", el cual tuvo como objetivo la comparación de presencia de depresión y de fobia social entre sujetos con y sin trastorno de la conducta alimentaria. Se efectuó mediante un estudio muestral de prevalencia, con preestratificación de estos dos grupos, para asegurar en las muestras, un número adecuado de sujetos de cada grupo. Su población estuvo conformada por dos grupos: grupo A, comprendido por 54 mujeres de sexo femenino con TCA, que consultaron entre junio de 2004 y agosto de 2005, en el policlínico externo del Hospital del Salvador (Valparaíso), en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso, en el Servicio de Atención de Alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y en la práctica privada de los autores; y un grupo B, el cual también estuvo conformada por 54 estudiantes universitarias mujeres sin TCA, contactadas en los locales de estudio de las carreras de Medicina y Odontología de la Universidad de Valparaíso y de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha, en junio de 2005. Los resultados fueron los siguientes:

- La severidad de la depresión, medida por la escala HDRS de Hamilton, fue significativamente mayor en el grupo sin TCA que en el grupo con TCA ($p < 0,001$), observándose en particular, una ausencia de depresión de 18,5% en el primer grupo contra 0 en el segundo ($p < 0,001$), siendo 23,7 veces mayor el riesgo de no presentar depresión en las sin TCA que en las con TCA. La

severidad de la ansiedad social, medida por la escala LSAS de Liebowitz, fue significativamente mayor en el grupo con TCA que en el sin TCA (40,7% versus 7,4%) ($p < 0,001$), siendo la prevalencia de ansiedad social severa a muy severa, de 14,8% (IC95%: 7,1% a 27,7%) en el primer grupo, contra 0 en el segundo ($p < 0,001$), siendo 5,5 veces mayor el riesgo de ansiedad social a cualquier nivel (moderada a muy severa) cuando había TCA que cuando no lo había. ¹⁷

En cuanto a la relación entre autoestima y la anorexia nerviosa, **MORENO, M. (MEXICO, 2009)**, realizó un estudio titulado "*Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes*", el cual tuvo como objetivo estudiar la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Algunos de los hallazgos obtenidos fueron los siguientes:

- Se detectó riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres y la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos. La preocupación con su imagen corporal muestra una tendencia mayor en las mujeres, pero también se presenta en los hombres. En cuanto a su autoestima, los casos se concentran más en el nivel medio en ambos sexos y ambos coinciden en un 10% de los mismos, en los niveles. En lo relativo a la relación entre trastornos alimentarios y la autoestima los resultados son

contundentes, indicando una relación significativa negativa entre ambas variables, es decir, que al aumentar los puntajes en trastornos alimentarios, los puntajes en autoestima se decrecientan. Así también, la imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa negativa, lo que indica que a mayor preocupación con la imagen corporal, menor autoestima.¹⁸

Por su parte **HERNÁNDEZ, M (México, 2006)**, en su estudio “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”, realizado con 200 estudiantes de primer año de dos preparatorias, una pública y otra privada, tuvo como objetivo la identificación de la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios, junto con la indagación acerca del nivel de funcionalidad familiar. Los investigadores aplicaron un cuestionario desarrollado de acuerdo a los propósitos del estudio, encontrando que una de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios y que factores familiares como la percepción de una madre perfeccionista y un padre periférico, dificultan la comunicación interna. Además, encontraron un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar en esta misma parte de la muestra.¹⁹

Con respecto al tratamiento de la anorexia nerviosa, **GRANGE, D (CHICAGO - 2006)**, en su artículo “*Un tratamiento de la anorexia nerviosa adolescente basado en la familia: La aproximación Maudsley*”, menciona un tipo especial de tratamiento que fue concebido por un equipo de psiquiatras y psicólogos infantiles y adolescentes del Hospital Maudsley de Londres, y ha llegado a conocerse como la Aproximación Maudsley, el cual fue diseñado para: a) impedir la hospitalización de los adolescentes,

ayudando a los padres en sus esfuerzos para apoyarlos en su recuperación de la Anorexia Nerviosa; y b) devolverles su desarrollo adolescente normal, libre de las cadenas de aquel trastorno alimenticio.²⁰

Así mismo, menciona que todos los estudios han demostrado la eficacia de este tratamiento: Aproximadamente dos tercios de los pacientes adolescentes de Anorexia Nerviosa se recuperan al final de este tratamiento con base en la familia, mientras que entre un 75 y 90 por ciento han recuperado su peso completo para la cita de seguimiento cinco años después. También en términos de los factores psicológicos, se han registrado mejorías similares entre los pacientes.

Las labores clínicas y de investigación de las Universidades de Chicago y Stanford han arrojado resultados prometedores a través de sus estudios de tratamientos basados en la familia, comparables con las secuelas positivas que se establecieron inicialmente con los estudios Maudsley. Estos investigadores han mostrado que la mayoría de las pacientes jóvenes con Anorexia Nerviosa requieren en promedio no más de 20 sesiones de tratamiento a lo largo de un periodo de entre 6 y 12 meses, y que alrededor del 80 por ciento de estas pacientes recuperan su peso, registrando el comienzo o la continuación del flujo menstrual al término del tratamiento.²¹

A NIVEL NACIONAL

PARINANGO (2005), realizó un estudio titulado *“Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta. Rosa de Lima de Villa El Salvador”*, el cual tuvo como objetivo determinar

los Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Sta. Rosa de Lima de Villa El Salvador. El método que utilizó fue el descriptivo. La población estuvo conformada por escolares de sexo femenino de dicha institución comprendida entre las edades de 11 a 14 años de edad, su instrumento fue una escala de Lickert modificada. Entre algunas conclusiones a la que llegó fueron:

- “En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, el 54% presentan niveles de alto y mediano riesgo siendo mayores en las edades de 11 a 12 (30%)”. “En cuanto a las conductas familiares de riesgo el 23% presentó conductas de alto riesgo relacionados con la intromisión de los padres”. “Existe una mayoría considerable del 54% de escolares púberes y adolescentes que presentan niveles de conductas de alto y mediano riesgo hacia la anorexia nerviosa que se evidencia en la adopción de conductas psicoemocionales, personales, biológicas, socioculturales y familiares”.²²

Con respecto a las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, en el **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA (2004)**, publicado en la revista **ANALES** de Salud Mental en el año **(2005)**, tenemos que del total de adolescentes encuestados, el 9.8% no está satisfecho con su aspecto físico y el 18.9% sólo está satisfecho en forma regular; también refiere que el 0.3% de motivos de deseos suicidas son los relacionados con problemas con la autoimagen; además menciona que el 0.1% presenta Anorexia nerviosa y el 5.1% tiene tendencias a problemas alimentarios.²³

Así mismo, la **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); (PERU - 2005)**, afirma que, en las últimas décadas se ha producido un aumento constante en la incidencia de anorexia nerviosa en la población adolescente, que va del 1 al 2% de la población total, que es preocupante puesto que los trastornos de la conducta alimentaria son la primera causa de muerte no traumática (causa psiquiátrica o endocrina) que ocurre con mayor frecuencia en mujeres en un promedio de 10:1 respecto a los varones adolescentes y que a pesar de existir el prejuicio de que solo afecta a la clase media o alta, se conoce que puede afectar en toda las clases sociales.²⁴

EL MINISTERIO DE SALUD (PERU – 2010), realizó un estudio sobre Jóvenes con anorexia o bulimia, en el cual refiere que las complicaciones físicas (hipotensión, bradicardia, osteoporosis, pérdida del cabello, debilidad muscular) y mentales (pérdida de la concentración, irritabilidad, intento de suicidio), son los principales problemas que puede causar en los jóvenes los problemas alimentarios como bulimia y la anorexia, males que afectan a entre el 7.3 y 11.4 por ciento de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país. Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi del ministerio de salud (MINSA), señalan que por lo general son mujeres adolescentes las que adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar un intenso miedo a engordar o verse gordas.²⁵

Por su parte **POMALIMA (LIMA - 2010)**, director del área de niños y adolescentes de dicho establecimiento (Instituto Nacional de salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi del Ministerio de salud (MINSA)),

mencionó que entre los factores que contribuyen a la aparición de estos trastornos se encuentran los cambios corporales de la adolescente; críticas sobre su peso y figura corporal; rupturas con el enamorado; alejamiento de la familia; experiencias traumáticas, entre otros factores. Entre las características que presentan las personas que padecen de anorexia están: **La baja tolerancia a la frustración; inseguridad; baja autoestima; tendencias obsesivo-compulsivas; y trastorno evitativo de la personalidad** (inhibición social, sentimientos de inferioridad).²⁵

El estudio de **BORREGO (2010)** en su estudio "*Factores de Riesgo e Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria*", menciona que se puede observar investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud (2004) en la selva peruana: en Tarapoto, Iquitos y Pucallpa en los cuales se observó la anorexia nerviosa con un 0.1% en la prevalencia de trastornos psiquiátricos de los adultos.²⁶

A NIVEL REGIONAL

Por su parte **PEZO (Iquitos - 2009)**, realizó un estudio titulado "*Factores familiares asociados a algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila*", el cual tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre los factores familiares y algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de 15 a 19 años, residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila del distrito de Iquitos en el año 2009. El método que se utilizó fue cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, descriptivo y de correlación. Su población estuvo conformada por 92 adolescentes de sexo femenino, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Test de Valoración de factores familiares y test de tendencia a los trastornos de la conducta

alimentaria en adolescentes. Algunos de los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- En la comunicación familiar, las adolescentes que presentaron tendencia a anorexia nerviosa y presentaron comunicación familiar desfavorable, representan el 14.5% y en menor proporción comunicación favorable obteniendo una correlación de Pearson $r=0,277$, $p<0,007 < \alpha 0.05$, lo cual indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable comunicación familiar y la anorexia nerviosa. En cuanto a la funcionalidad familiar, la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia nerviosa y presentaron familia disfuncional representa el 16.9%, en menor proporción el 12.1% en relación a anorexia nerviosa y familia funcional, una correlación de Pearson $r=0,248$, $p<0,017 < \alpha 0.05$, de este resultado puede deducirse que existe relación entre la variable funcionalidad familiar y la anorexia nerviosa.²⁷

BASE TEORICA

1. ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implican importantes cambios físicos, cognoscitivos, y psicosociales. En general, se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, proceso que conduce a la madurez sexual, o fertilidad, capacidad para reproducirse. La adolescencia dura aproximadamente desde los 11 o 12 años a los 19 o 21 años, y

entraña cambios importantes interrelacionados en todos los ámbitos del desarrollo.

En la actualidad, los adolescentes enfrentan mayores riesgos para el bienestar físico y mental que antes¹³; la mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismo, y a muchos no les gusta lo que ven en el espejo. Las muchachas tienden a sentirse más insatisfechas con su apariencia que los chicos, con lo cual se refleja que culturalmente se le da mayor énfasis a los atributos de las mujeres.

Las muchachas en especial, las que están avanzadas en el desarrollo de la pubertad, suelen pensar que son demasiado gordas, y esta imagen corporal negativa, pueden llevarlas a problemas alimenticios, la preocupación por la imagen corporal, también está relacionada con el despertar de la atracción sexual, la cual, como se estudiara más adelante se ha encontrado que empieza desde los 9 a los 10 años.²⁸

La adolescencia está relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria que según **STAUD, M (Argentina, 2006)** son enfermedades mentales que tienen como característica principal un comportamiento distorsionado de la alimentación, evidenciado en una alteración grave de los hábitos de ingesta de alimentos, junto a una extrema preocupación por la imagen y por controlar el peso corporal.²⁹

Al respecto, **SALCEDO K, (España, 2009)**, afirma en base a los casos de trastornos de la conducta alimentaria detectadas, que los jóvenes se ven afectados por estos trastornos son principalmente mujeres por

querer mantener una apariencia física aceptable o una “buena apariencia” para la sociedad, confundiendo el concepto de lo que verdaderamente significa ser una mujer; y que una de las formas de identificar a personas con trastornos de conducta alimentaria es cuando se intimidan, tienen autoestima baja, sienten miedo al rechazo o que se les tache de gordas (os), piensan que no tienen buena figura y un sinfín de autocríticas destructivas, ya que tener una apariencia aceptable es algo que les preocupa bastante.³⁰

Del mismo modo, **GARCIA C, (España, 2009)**, refiere que como en cualquier otro trastorno mental o emocional, los pacientes con TCA, presentan conflictos psicológicos subyacentes que deben ser tratados para lograr una recuperación auténtica y estable; indicando que los tipos más comunes de TCA tanto en adolescente como en adultos son: **La anorexia nerviosa**, la bulimia nerviosa y la obesidad³¹

2. FACTORES PSICOSOCIALES

Existe unanimidad entre los autores al considerar que, para desarrollar trastornos alimentarios, es necesaria la interrelación de factores psicosociales, entre otros. Sin embargo, podemos encontrar diferencias al acentuar la importancia entre diversos factores.³² Así mismo, **TRUJILLO E, (2006)**, define los trastornos de la conducta alimentaria como condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo como son los factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales³³

2.1. FACTORES PSICOLÓGICOS

La anorexia nerviosa parece ser una reacción de los adolescentes (edad donde frecuentemente comienza el trastorno) frente a ciertas demandas, como por ejemplo: Aumento de sus relaciones sociales y sexuales, independencia, etc. Estas pacientes suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Así pues, se presenta, en la mayoría de estas pacientes, características comunes de la personalidad previa, como ser: perfeccionismo, rigidez, escasa empatía, baja autoestima y personalidad obsesiva.³⁴

2.1.1. AUTOESTIMA

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.³⁵ La falta de autoestima en el adolescente hace que viva en un ambiente de agresividad, intolerancia, falta de respeto, amor, seguridad, y con esto conlleva a la desintegración familiar. Esta situación causa un gran problema al adolescente por no poder asimilar la situación familiar, no desarrollarse como persona, como ser humano, el cual se subestima o tiene considerablemente baja su autoestima al sentirse culpable de dicha situación.³⁶

ALVAREZ, A (2006), refiere que la adolescencia, es un periodo de transmisión que lleva a la persona a vivir nuevas experiencias, en algunos casos adquirir hábitos no saludables. Así mismo, la autoestima se considera un factor de protección que contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social de la persona. El tener una autoestima baja puede convertirse en un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria³⁷

NIVELES DE AUTOESTIMA

NEYRA, G (Perú - 2008), distingue la autoestima en dos niveles:

- **Autoestima Alta:** Las personas con autoestima alta, han nacido para triunfar en todos los aspectos de la vida. Se creen seres poderosos y en posición de la verdad en todo momento. Son personas a las que resulta muy difícil hacerles venir en razón y también hundirlas. Su fortaleza mental les convierte en auténticos tanques de difícil destrucción. Todos sus movimientos están calculados previamente con el único objetivo: El éxito. Quizá por ello, el fracaso no supone ninguna alteración de sus planes puesto que es una oportunidad única para aprender y no volver a equivocarse. Pero como, por otro lado, esta forma de actuar no les ayuda en sus relaciones sociales, puesto

que dan una imagen de superioridad que producirá en algunas personas un sentimiento de rechazo.

- **Autoestima Baja:** Aquellas personas que tienen una autoestima baja, suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición a la suya. Esto supone que, inconscientemente, se sienta en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción. Las personas con autoestima baja carecen de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier pequeño bache que venga. Al sentirse de esta manera, están creándose un efecto de derrota que no les ayudara a conseguir sus metas. Por otro lado, son inconformistas, puesto que siempre desean conseguir una perfección en todos sus trabajos debido a esta situación de relativa derrota en la que se ven sumidos.³⁸

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL NIVEL DE AUTOESTIMA.

Los instrumentos a través de los cuales podemos recoger información son principalmente de carácter autoinforme, pues el mismo concepto de autoestima, esta tan ligado a consideraciones subjetivas que difícilmente podremos utilizar técnicas de evaluación objetivas.

- a) **Entrevista:** La entrevista servirá para establecer: Datos biográficos como la historia de la autoestima durante la infancia u otras experiencias que pudieron contribuir a los problemas de autoestima actuales.
- b) **Auto observación y auto registró:** Son muy recomendables los registros de pensamientos automáticos. Haciendo especial hincapié en el registro lo más inmediato posible para no perder información. Las emociones servirán para alertar de la posible existencia de pensamientos automáticos distorsionados y posiblemente autodevaluadores.
- c) **Cuestionarios y escalas:** Es el tipo de instrumento más utilizado, existe una gran cantidad de cuestionarios. Aquí únicamente nos referimos únicamente a los más populares:
- **Escala de auto concepto de PIERS-HARRIS (Fitts, 1988).** Se emplea para evaluar aspectos relacionados con la autoestima en niños. Presenta buena calidad psicométricas y ha mostrado sensibilidad al cambio en programas de fortalecimiento de autoestima.
 - **Inventario de autoestima de FENNELL (1999).** Presenta la ventaja de su facilidad de respuesta. Al ser parte de un libro de autoayuda no presenta ningún índice psicométrico, pero en cambio, se extiende por diferentes aspectos de la autoestima no contemplados en otros inventarios.

- **Test de autoestima.** Es un instrumento que ha sido modificado, adaptado y estandarizado por CHOCACA, GUELAC (2004). Consta de 20 ítems, que hacen un total de 80 puntos, su contenido permite evaluar el nivel de autoestima del sujeto en estudio. Su validez es de 85% y la confiabilidad de 80.07%.³⁹

2.1.2. DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.⁴⁰

El síndrome depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta, y para considerarse como trastorno debe presentarse persistentemente de manera que se produce un deterioro social en el niño y el adolescente.

La presencia de un trastorno depresivo como tal en niños y adolescentes ha sido un punto controversial, pues se ha cuestionado el que la depresión en infantes y jóvenes se caracterice de la misma forma que en los adultos. No obstante, se menciona que los adolescentes no están exentos de psicopatología, y se sabe que la presencia de

un trastorno psiquiátrico en edades tempranas puede ser un gran tropiezo para el desarrollo del individuo.

Diversos autores han hecho la comparación entre el proceso de duelo inmerso en la adolescencia y la depresión. Marcelli (1992) dice en este sentido "si toda adolescencia es una separación, si toda separación es una pérdida seguida de una reacción de duelo, entonces toda adolescencia es una depresión potencial". Otros consideran que la depresión existe, pero toma formas diferentes, fácilmente enmascaradas tras las conductas más frecuentes en la adolescencia. Tienden a opinar que ciertos trastornos, como la anorexia mental, las conductas bulímicas, las diversas toxicomanías y algunas acciones impulsivas, son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión en la adolescencia. Por su parte, García-Camba (2002) menciona en casos de trastornos alimentarios que: "en aquellos casos raros de aparición muy precoz entre los 7 y los 12 años el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión"; también considera que los trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo forman parte de los aspectos psicopatológicos en la anorexia.

Estos autores también analizaron la frecuencia de manifestaciones somáticas, asociadas a la depresión, entre ellas contemplaron los comportamientos alimentarios en los

que se hallaron bastante a menudo perturbados en uno u otro sentido (el 9% de los hombres y el 18% de las mujeres declararon no tener hambre en el momento de las comidas; el 9 % de los muchachos y el 4% de las muchachas sentían a menudo ganas de vomitar. Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos afirmaron que comían entre comidas, y aunque no se trate de manifestaciones depresivas propiamente dichas, por lo menos se puede considerar que una “sensibilidad depresiva” afecta a una fracción importante de la población adolescente.¹⁰

TIPOS DE DEPRESIÓN

- **Depresión leve:** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.
- **Depresión moderada:** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- **Depresión severa:** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.⁴⁰

INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE DEPRESION

Para establecer el diagnóstico diferencial cuando se evalúa los rasgos de la personalidad depresiva se utilizan los

instrumentos diseñados para este propósito que ayudaran a aumentar el grado de precisión. Entre ellos clasificamos tres categorías:

- **Instrumentos que evalúan la presencia frente a la ausencia del trastorno depresivo de la personalidad.**

Incluye entrevistas que evalúan la presencia frente a la ausencia del trastorno depresivo de la personalidad en el contexto de los trastornos de la personalidad. Entre ellos tenemos:

La entrevista clínica estructuradas para trastornos de la personalidad, que evalúa 10 trastornos de la personalidad, así como los trastornos de la personalidad depresiva y pasiva – agresiva.

La entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad, está diseñada para evaluar de forma categorial los trastornos de la personalidad que incluye las categorías pasiva - agresiva

- **Instrumentos que evalúan la personalidad depresiva como dimensión única basada en la categoría del trastorno depresivo de la personalidad.**

Es un instrumento que evalúa de forma específica una dimensión de la personalidad depresiva basada en la categoría del trastorno depresivo de la personalidad; entre ellos están:

El cuestionario clínico multiaxial del millón: cuestionario auto aplicado que consta de 175 ítems, que evalúa las dimensiones de los trastornos de la personalidad.

La entrevista diagnóstica para la personalidad depresiva: Evalúa 30 rasgos asociados con la personalidad depresiva extraídas de literatura psicoanalista y descriptiva, que se dividen en 4 áreas generales: Depresivo / negativista, introvertido / tenso, no asertivo/pasivo, y masoquista

- **Instrumento que incluye la evaluación de los rasgos de la personalidad depresiva.**

Incluye:

El inventario de personalidad NEO Revisado que mide 5 ámbitos básicos de la personalidad; consta de 250 ítems y contiene dos versiones: Un cuestionario auto aplicado y un cuestionario que rellena una tercera persona ha llegado al paciente.

También podemos incluir el test de tamizaje de depresión:

El instituto nacional de salud mental (INSM), Lima, ha elaborado este instrumento, con la finalidad de ser utilizado a nivel nacional para el tamizaje de signos depresivos que debe ser aplicado a toda persona que acude o solicita servicios en las instituciones de salud. Tiene una validez de contenido de 85% y su índice de confiabilidad es de 75%.

Es una escala auto aplicada conformada por 20 ítems, de los cuales 10 ítems, tienen direccionalidad positiva y 10 negativas, relacionadas con la depresión. El adolescente cuantificará no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas utilizando, una escala de LIKERT de 4 puntos, desde 1 (raramente nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).⁴¹

2.2. FACTORES SOCIALES

La sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra sociedad, es un factor de innegable importancia para la generación de estos cuadros. Las influencias socioculturales y concretamente, "el anhelo de delgadez", constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos. Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos: modas de vestir; producción y venta de productos y servicios adelgazantes con su publicidad; rechazo de la obesidad y el sobrepeso; famosos encarnados en cuerpos delgados; medios de comunicación; difusión de actividades físicas de riesgo y cambios en el papel social de la mujer.³⁴

Así mismo, la influencia familiar y social negativas, transmite a las adolescentes el mandato que ser delgada hará una diferencia crucial en sus vidas. Muchas de las madres debieron crecer (y algunas padecer en carne propia) con la cruda realidad que dice que la vida es mucho más dura si se es gorda, por lo que es

“entendible” que de cierta manera intenten “alivianarle” el camino a sus hijas.

En los últimos años, la historia de las madres y la comida ha cambiado considerablemente; del tradicional “come porque tienes que crecer” o “termina todo lo que está en el plato” se pasó al “tienes que comer más verduras”, “eso engorda o tiene muchas calorías”, “si comes mucho de eso te vas a poner gorda”, etc.

La clásica ecuación “gordito igual sanito” que fuera motivo de orgullo de madres y abuelas de posguerra de la primera mitad del siglo XX, ha pasado a constituirse en fuente de preocupación e inclusive de vergüenza social. El famoso “su peso en oro” de culturas donde la grasa corporal era sinónimo de opulencia y bienestar económico ha sido derogado en una sociedad posmoderna donde se idolatra la delgadez, forma secular de perfección, como un bien en sí mismo.⁴²

2.2.1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

CRUZAT C., RAMIREZ P y otros (Chile, 2008), en un estudio realizado en 200 estudiantes del 1° año de dos preparatorias (una pública y otra privada) en México, en el objetivo de identificar la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la relación de los factores familiares con los mismos, encontraron que: 1 de cada 4 estudiantes padecen síntomas relacionados con trastornos alimentarios; 2 de cada 10 estudiantes tienen una madre o

un padre perfeccionista que dificulta la comunicación interna en el hogar y que tiene un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar³²

Dado este escenario, surge la relevancia de comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlo preventiva y/o curativamente de manera más efectiva. Una de las maneras de entenderlo es desde el punto de vista de la familia. Es así como en ocasiones nos enfrentamos a las dicotomías, fundamentalmente en el ámbito clínico, entendiendo a la familia como “causante” versus la familia que se “adapta” a la enfermedad o que “padece” sus consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recurso para el tratamiento.⁴³

Numerosas investigaciones han demostrado la relación entre ciertos estilos de funcionamiento familiar con la presencia de un trastorno de la alimentación (anorexia o bulimia), por lo que el presente estudio busca indagar en dicha relación pero en población no clínica, es decir, adolescentes aparentemente “sanas”. Algunos estudios han identificado ciertos estilos de funcionamiento en familias con individuos con trastorno de la alimentación e indican que las interacciones en estas familias difieren de aquellas sin miembros con trastornos alimentarios³²

Al comparar la percepción del funcionamiento familiar que tienen hijas con trastornos de la alimentación con la

percepción de sus padres, Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky y Sunday (2005) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes y sus padres. Las madres consideraron que el funcionamiento familiar era significativamente saludable y poco caótico, en cambio sus hijas no coincidieron con tal reporte. Esta diferencia de percepción, según los autores, puede contribuir a la continuación de los patrones de funcionamiento familiar disfuncionales y así, a mantener la presencia de los trastornos de la alimentación o a impactar negativamente en el curso del tratamiento.

Estos autores señalan que en la medida que la disfunción familiar aumenta, el reporte de trastornos de la conducta alimentaria también aumenta, ya que las dinámicas familiares de aglutinamiento, sobreprotección y rigidez juegan un papel importante en el desarrollo y/o mantención de dichos trastornos.⁴⁴

INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se consideran como instrumento importante para medir la funcionalidad familiar: el APGAR familiar.

APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR FAMILIAR (family APGAR), fue diseñado en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo, APGAR,

hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: Adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El instrumento fue aplicado en varios contextos socioculturales, tiene una validez de contenido de 85% y su índice de confiabilidad es de 82%.

3. ANOREXIA NERVIOSA

La incidencia de anorexia nerviosa parece haber aumentado en las décadas recientes, tanto en nuestro país como en países extranjeros. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.³²

3.1. DEFINICION

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio y psicológico a la vez. Esta condición va más allá del control del peso: El enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. De esta forma, el individuo llega al borde de la inanición con el objetivo de sentir dominio sobre su propio cuerpo. Esta obsesión es similar a una adicción a cualquier tipo de droga o sustancia. Hoy en día, se registran 4 casos de anorexia por cada mil personas.

Las características esenciales de este trastorno son la distorsión de la imagen corporal, sin reconocer el progreso de la delgadez y

el sentimiento general de ineficacia personal. Al principio es sólo una cuestión de grados lo que diferencia a la anoréxica/o de los demás: Ante un fracaso o siguiendo el consejo de una amiga surge el deseo de perder peso. Se ponen a dieta y se convierten en grandes expertas en el mundo de la dietética, siguiendo unas consignas mucho más duras y rígidas que las de sus amigas. Cuando las demás han dejado de hacer dieta, la persona con anorexia continúa. La gente le dice que está muy flaca y a ella le encanta oírlo. Le gusta animarse a seguir perdiendo más peso aún. Comienza a desarrollar hábitos alimentarios particulares y rígidos: sólo come determinados alimentos en determinadas cantidades, parte la comida en pequeños trozos y la separa. Aunque tenga hambre es tal el miedo a dejarse llevar que siente la necesidad de mitigar sus efectos y evitar el aumento de peso bebiendo mucha agua, utilizando laxantes o vómitos o realizando una actividad física exagerada. Todas estas conductas anómalas se acentúan a medida que progresa la enfermedad, al igual que las complicaciones físicas: la inanición vuelve al organismo mucho más vulnerable a infecciones, problemas gastrointestinales o hipotermia. Se pierde la menstruación, el pelo se cae, la piel se seca y pierde color. A nivel psicológico aparecen síntomas de depresión, cambios de carácter y distorsión en la imagen corporal que suele ir acompañada de una negación del problema. Siguen viéndose gordas a pesar de estar escuálidas o siguen expresando una gran insatisfacción con su cuerpo y su imagen. Su cuerpo se ha convertido en la definición de su valía como personas y a pesar del estricto control que ejercen sobre él, siguen sin gustarse.⁴⁵

3.2. EPIDEMIOLOGIA.

Estados Unidos, encabezó la lista de 47% de las niñas de 11 años y 62% de las de 15 años preocupadas por el sobrepeso, de acuerdo con un estudio prospectivo de cohorte, las actitudes de los padres y las imágenes de los medio de comunicación, desempeñan un papel mayor que las influencias de los pares en alentar las preocupación por el peso. Las chicas que tratan de lucir como las modelos, irrealmente delgadas que ven en los medios, tienden a desarrollar una preocupación excesiva por el peso. Además, tanto las chicas como los muchachos que creen que la delgadez es importante para sus progenitores, en especial para sus padres, suelen ponerse a dieta constantemente. Las muchachas con padres solteros o divorciados, y las que comen solas con frecuencia, están en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.²⁸

3.3. CAUSAS

Actualmente no existe una causa única para la anorexia nerviosa, aunque las investigaciones han arrojado ciertas pistas en el campo médico y psicológico. Al igual que en la bulimia, las causas de la anorexia son múltiples y difíciles de valorar. Todas ellas, tanto las individuales como las familiares, sociales y culturales, deben tenerse en cuenta de cara a un tratamiento. Hay muchos enfoques distintos pero todos ellos señalan dos fases en el tratamiento de este problema: como primer paso debe recuperarse el peso a través de una realimentación controlada médicamente.

La recuperación física trae consigo una mejora en algunos aspectos psicológicos como la percepción de la imagen corporal o la obsesión por el peso. Una vez que el estado físico ha mejorado, el tratamiento se centra en los pensamientos, sentimientos y conductas que resultan poco adaptativos. Se trata de mejorar la autoestima y de estimular nuevas formas de expresar sentimientos y valorarse a sí mismo, reconciliando a la persona con su cuerpo y sus necesidades.

Algunos expertos creen que esta enfermedad se origina en las altas demandas de la familia y la sociedad: El ciclo destructivo comienza con la presión que el individuo siente por ser delgado y atractivo. El problema se centra, entonces, en una baja autoestima.

Para otros investigadores, la anorexia nace a raíz de otro problema. Este tipo de desorden podría desarrollarse en cierto tipo de familias disfuncionales, ya observadas anteriormente en casos de pacientes anoréxicos. En ellas, los miembros se vuelven tan interdependientes que no pueden alcanzar su identidad como seres individuales. Parte de esta disfunción se traduce en un miedo a crecer por parte de los niños de la familia. Entonces, especialmente las niñas, comienzan una dieta para evitar que sus cuerpos se desarrollen. A pesar de que las causas orgánicas aún no están identificadas, hay cierta evidencia de que parte de la disfunción se origina en el hipotálamo, una parte del cerebro que regula los procesos metabólicos.⁴⁵

3.4. TIPOS DE ANOREXIA

Existen distintos tipos de anorexia:

- **De carácter restrictivo:** En donde la pérdida de peso se consigue a través de una dieta y ejercicio intenso, en donde los afectados no recurren a los atracones o cualquier tipo de purga.
- **De índole compulsiva:** Estos individuos sí recurren a atracones o purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida, para así perder peso.

3.5. SIGNOS Y SINTOMAS

La anorexia se puede diagnosticar no sólo al ver a una persona con un bajo peso corporal, esta enfermedad presenta ciertas características muy propias de dicho trastorno:

Rechazo a mantener el peso normal de acuerdo a la edad y a la altura del individuo, adopción de distintas dietas, tener como objetivo únicamente la delgadez, carácter hostil e irritable, la persona tiende a tener actitudes depresivas, actividad física intensa, miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen del cuerpo, en las mujeres existe la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos, preocupación por las calorías de los alimentos, se presentan dolores abdominales, vómitos, preocupación por cómo son elaboradas las comidas (con qué ingredientes), restricción de alimentos, hiperactividad entre otras cosas.

Los médicos asienten que el perfil de una persona que padece anorexia es idéntico al de aquellas personas que padecen bulimia aunque ambos trastornos sean diferentes. El comportamiento de un paciente con bulimia o anorexia se basa en ser muy inmaduro y dependientes del núcleo familiar, con un gran miedo a la maduración sexual y a asumir responsabilidades.

Existen diversas complicaciones en el caso de la anorexia si ésta no es tratada a tiempo y de una forma adecuada, aquí las nombramos: los vómitos provocan engrosamiento glandular, caries, desgaste de la raíz dental, pérdida de piezas dentales, desgarramiento del esófago, inflamación de la garganta haciendo que se dificulte cada vez más tragar, espasmos estomacales, problemas digestivos, anemia, problemas gastrointestinales, etc.

También están las complicaciones que se manifiestan cuando se produce un abuso de diuréticos: Descenso del nivel de potasio, disminución de los reflejos, manifestación de sed, daño hepático, y arritmia cardíaca, entre otras afecciones.

Los anoréxicos pueden ser reconocidos fácilmente por distintos síntomas emocionales: No tener la habilidad para hacer frente a situaciones emocionales o expresarse, hay una disminución de las relaciones sociales (se produce un aislamiento), cambios drásticos de humor, compulsión y vergüenza debido a sus malos hábitos alimenticios. Esta hipersensibilidad en el área emocional está acompañada por ese deseo de poder manejar sentimientos y

reacciones que son afectadas por ese condicionamiento social de verse bien, lo que indica para un anoréxico perder peso. ³²

3.6.CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida del peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos). ¹⁰

3.7.INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA:

TEST DE VALORACION SOBRE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA (EAT - 26):

El EAT es una herramienta auto aplicada de 26 ítems de Garner DM, et al., 1982. Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78.

Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Utilizando el punto de corte de 22 puntos o más en un grupo de afectadas con Anorexia Nerviosa, el rango de sensibilidades, especificidades y Valor Predictivo Positivo fueron de 65,1% a 88,9%, 96,1% a 97,7% y 44,4% a 46,2%, respectivamente, siendo las tasas de falsos positivos del 2,7% al 3,8%; de las cuales fue evaluada como:

Los ítems están clasificados de la siguiente manera:

- Siempre A = 3 puntos
- Muy a menudo B = 2 puntos
- A menudo C = 1 punto
- A veces D = 0 puntos
- Raramente E = 0 puntos
- Nunca F = 0 puntos

Evaluación:

Con conductas predisponentes = 39 – 78 puntos

Sin conductas predisponentes = 0– 38 puntos

3.8. TRATAMIENTO

Hay diversos tratamientos para la cura de la anorexia, las alternativas son: Psicoterapia, terapia comportamental, terapia medicamentosa, familiar, etc. Los objetivos de estos tratamientos es regularizar la alimentación en el individuo y tratar que el entorno familiar solucione sus disfunciones ya que el papel de la familia es fundamental para la recuperación. Se recomienda en el caso de los padres del afectado que traten de hacer encontrar a su hijo los valores perdidos, fomentar su iniciativa, independencia y autoestima. Ayudarlo a manejar su ansiedad, si se manifiestan actitudes sospechosas no hay que encubrirlas sino pedir ayuda profesional rápidamente, no imponer comida: Que el tema de la alimentación no se convierta en una discusión.⁴⁶

3.9. CONSECUENCIAS

- Frecuencia cardiaca y presión arterial bajas, lo que provoca un cambio en la musculatura del corazón y fallas en su funcionamiento.
- Reducción de la densidad ósea (osteoporosis), lo que provoca ruptura de huesos.
- Debilidad y pérdida de músculo.
- Deshidratación severa lo que provoca fallas en los riñones.
- Debilidad general, desmayos y fatigas.
- Resequedad de la piel y pérdida del cabello.
- Desarrollo de cabello delgado en todo el cuerpo, incluyendo la cara (pelusa), para mantener el cuerpo caliente, ya que

carecen de la grasa (tejido adiposo) que sirve como aislante para regular la temperatura corporal.

- En ocasiones muerte por inanición, y pérdida de la menstruación.⁴⁷

3.10. PREVENCIÓN

La prevención primaria consiste en combatir los factores culturales que favorecen la enfermedad. Por este motivo, se debe anticipar a todos los adolescentes y sus familias que entre los 12 y 18 años se incrementa la cantidad de tejido adiposo en las nalgas, muslos, abdomen inferior y brazos, y que esto es un proceso normal y necesario, que permite el desarrollo puberal.

La prevención secundaria implica la identificación precoz de esta enfermedad, cuando aún no cumple con todos los criterios diagnósticos. Los antecedentes personales de la paciente, sus hábitos alimentarios, los rasgos de su personalidad, la percepción de su imagen corporal, ayudarán a alertar al pediatra. La intervención en este momento puede revertir el proceso de la enfermedad. Se puede explicar a la paciente nuestra preocupación por un descenso de peso abrupto y sus riesgos, así como proponer una alimentación más adecuada antes de que la Anorexia Nerviosa "cristalice".

Finalmente debe explicarse que un laboratorio normal tras una pérdida importante de peso no debe tranquilizar; no descarta la enfermedad y una interpretación errónea de normalidad puede

resultar en la pérdida de la oportunidad de ayudar a la paciente en el momento más oportuno.

3.11. PRONOSTICO

Contrario a la creencia popular, la mayoría de los niños y adolescentes con Anorexia Nerviosa se recuperarán. Un estudio realizado en la Argentina, sobre el seguimiento de 46 pacientes con Anorexia Nerviosa entre 1984 y 1988, demostró una evolución favorable para el 60%, intermedia para el 30% y mala para el 10% restante, sin registrarse muertes.

En un estudio uruguayo sobre 17 casos de trastornos alimentarios se hallaron los siguientes obstáculos y dificultades para el tratamiento: Escasa conciencia mórbida, baja motivación para el cambio, personalidad tipo actuador, Anorexia Nerviosa tipo atracón-purga, comorbilidades y familias disfuncionales o con otros integrantes afectados.

Los pacientes con diagnóstico precoz pueden responder a intervenciones cortas. Se puede aplicar la regla de "un tercio" a la Anorexia Nerviosa: Un tercio se recuperará completamente, un tercio mejorará notablemente, con algunas secuelas, como la osteopenia o períodos menstruales irregulares, y el tercio restante, podrá volverse crónicamente enfermo y requerir re internaciones repetidas e incluso tratamiento prolongado en centros residenciales.

Es en este grupo donde la Anorexia Nerviosa tiene una alta e inquietante mortalidad del 20%. La muerte sobreviene mayormente debido a la inanición y suicidio, pero algunos mueren debido a arritmias, fallo renal y abuso de jarabe de ipecacuana. Aún en el subgrupo de pacientes crónicamente enfermas es posible la recuperación.⁴⁸

Finalmente, referimos los objetivos del tratamiento de la CLEVELAND CLINIC FOUNDATIO (Florida, 2005), que son: Restablecer la salud física y el comer normal, corregir los trastornos alimenticios y psicológicos, considerando las necesidades físicas y psicológicas de las personas, el tratamiento incluye: Terapia psicológica, uso de psicofármacos como antidepresivos, nutrición y atención de la salud mental para cuidar al paciente. Aunque los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones muy difíciles de curar totalmente, muchas personas mejoran, otras tienen recaídas, algunas se consideran "curadas" continúan teniendo maneras de comer menos que las ideales a lo largo de toda su vida, pero, en general, el pronóstico para la bulimia es más positivo que para la anorexia.⁴⁹

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE INDEPENDIENTE

1. FACTORES PSICOSOCIALES

Constituye la variable independiente y se definió como el conjunto de características psicológicas y sociales de la población en estudio que incluyen tres variables:

- 1.1. Autoestima: Es la valoración o juicio de valor de sí misma, que manifiesta tener la persona en estudio.

Según García V: La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Operacionalmente será medido a través del test de autoestima, que es un instrumento que ha sido modificado, adaptado y estandarizado por CHOCACA, GUELAC (2004). Consta de 20 ítems, que hacen un total de 80 puntos, su contenido permite evaluar el nivel de autoestima del sujeto en estudio el cual contempla la puntuación de acuerdo a las siguientes categorías:

- Autoestima alta: si obtiene un puntaje mayor o igual a 47 puntos en la escala de autoestima.

- Autoestima baja: si obtiene un puntaje menor o igual a 46 puntos en la escala de autoestima.

1.2. Síntomas Depresivos: Se define como un conjunto de manifestaciones clínicas como: Tristeza excesiva, pérdida de interés en las actividades habituales, pensamientos de desesperación, fatiga, pérdida de apetito y otros, que manifiesta tener el adolescente en estudio al momento de la entrevista. Operacionalmente será medido a través de un Test de Tamizaje de Depresión, elaborado por el Instituto nacional de salud mental (INSM) Lima, con la finalidad de ser utilizado a nivel nacional para el tamizaje de signos depresivos que debe ser aplicado a toda persona que acude o solicita servicios en las instituciones de salud. Es una escala auto aplicada conformada por 20 ítems, de los cuales 10 ítems, tienen direccionalidad positiva y 10 negativas, relacionadas con la depresión. Se considera las siguientes categorías:

- Sin síntomas depresivos: Cuando al aplicar el test de tamizaje de depresión, obtiene una puntuación menor o igual a 50 puntos.
- Síntomas depresivos: Cuando al aplicar el test de tamizaje de depresión, obtiene una puntuación de 51 a 80 puntos.

1.3. Funcionalidad familiar: Se define como el grado de relaciones intrafamiliares que se evidencia en la dinámica

familiar. Operacionalmente será medido a través del instrumento APGAR Familiar, el cual fue diseñado en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, para explorar la funcionalidad familiar. Consta de 5 ítems, con un puntaje total de 20 puntos. Para los fines de la investigación, se consideran las siguientes categorías:

- Buena función familiar: Cuando el sujeto de la muestra obtiene entre 18 a 20 puntos en la escala del Apgar familiar.
- Disfunción familiar: Cuando el sujeto de la muestra obtiene entre 9 a 17 puntos en la del Apgar familiar.

VARIABLE PENDIENTE

1. CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA

Referida a la tendencia de manifestar ansiedad, miedo a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo, que manifiesta el sujeto de estudio. Operacionalmente será medida a través de un instrumento estandarizado, que es el Test De Valoración Sobre Conductas Predisponentes a la Anorexia Nerviosa (EAT - 26). El EAT es una herramienta auto aplicada de 26 ítems de Garner DM, et al., 1982. Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Será medida como:

- a. Sin conductas predisponentes: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir anorexia nerviosa, obtuvo un puntaje menor o igual a 44 puntos.
- b. Con conductas predisponentes: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir anorexia nerviosa, obtuvo un puntaje mayor o igual a 45 puntos.

3. HIPOTESIS

1. GENERAL

- 1.1. Existe relación estadísticamente significativa entre los **factores psicosociales**: (nivel de autoestima, tipo de depresión, funcionalidad familiar) y las **conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa**, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012.

2. ESPECIFICOS

- 2.1. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y las **conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa**, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012.
- 2.2. Existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y las **conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa**, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012.
- 2.3. Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las **conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa**, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Método:

En el presente estudio de investigación se utilizó el método cuantitativo, porque los datos son procesados utilizando pruebas estadísticas para analizar la información numérica y determinar la inferencia de asociación entre variables.

Diseño y tipo de investigación:

En el presente estudio de investigación se empleó el diseño no experimental, tipo descriptivo correlacional.

No Experimental Porque permitirá estudiar las variables tal y como se presenta en la realidad sin introducir ningún elemento de manipulación de las variables.

Descriptivo Porque permitirá observar, registrar, describir el comportamiento de los variables factores biopsicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en los adolescentes tal como se presentan.

Correlacional Porque permitirá evidenciar la relación entre variables factores biopsicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en los adolescentes, sin establecer causa – efecto.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población objetivo estuvo conformada por 733 estudiantes de sexo femenino, matriculadas durante el año 2012 del turno de la mañana de los grados: 3º, 4º y 5º año de secundaria en el colegio Sagrado Corazón de las secciones: 3º A (40 alumnos), 3º B (41 alumnos), 3º C (41 alumnos), 3º D (41 alumnos), 3º E (38 alumnos); 4º A (33 alumnos), 4º B (38 alumnos), 4º C (34 alumnos), 4º D (36 alumnos), 4º E (32 alumnos); 4º F (31 alumnos); 5º A (35 alumnos), 5º B (34 alumnos), 5º C (36 alumnos), 5º D (35 alumnos); 5º E (34 alumnos), 5º F (33 alumnos), 5º G (32 alumnos), 5º H (35 alumnos), 5º I (27 alumnos); 5º J (27 alumnos); cuyas edades están comprendidas entre 14, 15, y 16 años. Se eligió esta institución educativa por ser la más representativa en cuanto a mayor población estudiantil femenino en este grupo etéreo.

Muestra

- a) **Tamaño muestral:** Para determinar el tamaño de la muestra de estudio se utilizó la fórmula de la población finita con proporciones y error absoluto; la fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (pe) \cdot (qe)}{}$$

$$E^2 N + Z^2 (pe). (qe)$$

Especificaciones:

n: Muestra que está sujeta a estudio

Z²: 1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)

p: 0.5 Proporción de la muestra.

qe: 0.5 Complemento de p

E²: Nivel de precisión. 0.05

N: Tamaño de la población accesible.

Reemplazando se tiene:

$$\begin{aligned}
 N &= \frac{N \cdot Z^2 \cdot (pe) \cdot (qe)}{E^2 N + Z^2 (pe) \cdot (qe)} \\
 N &= \frac{733 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2 (733) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} \\
 N &= \frac{733 \cdot (3.84) \cdot (0.25)}{(0.0025)(733) + (0.96)} \\
 N &= \frac{703.68}{2.7925} \\
 N &= 252
 \end{aligned}$$

Además se utilizó la fórmula para reducir el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Al reemplazar se obtuvo:

$$\begin{array}{r} n= \quad \underline{252} \\ \quad \quad 1+ \underline{252} \\ \quad \quad \quad 733 \\ n= \quad \underline{252} \\ \quad \quad \quad 1.34 \\ n= \quad \quad 188 \end{array}$$

Entonces el tamaño de la muestra fue de **188** adolescentes en estudio.

b) Tipo muestral: En el presente estudio se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, seleccionando al sujeto de estudio de un registro de 733 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión, hasta completar los 188 adolescentes, alumnas del colegio sagrado corazón. Por otro lado no habíamos previsto los casos de adolescentes que no pudieran participar o hubiera negativa de los padres, por lo que no se pudo proceder a reemplazarlas.

Criterios de inclusión: Participaron en la investigación aquellas que reunieron los siguientes criterios:

- Ser alumna del 3° al 5° de secundaria.
- Del turno de la mañana.
- Tener de 14, 15 y 16 años.
- Participación voluntaria del estudiante.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas Las técnicas que se empleó en el estudio son:

- a. **Encuesta** de tipo auto administrada, guiada por las investigadoras. Esta técnica se aplicará con todos los instrumentos.

Instrumentos Los instrumentos que se empleó en el presente estudio son los siguientes:

TEST DE AUTOESTIMA

Es un instrumento que ha sido modificado, adaptado y estandarizado por CHOCACA, GUELAC (2004). Consta de 20 ítems, que hacen un total de 80 puntos, su contenido permite evaluar el nivel de autoestima del sujeto en estudio. Su validez es de 85% y la confiabilidad de 80.07%.

Los ítems están clasificados de la siguiente manera:

- 10 ítems con direccionalidad negativa, los cuales son: 2, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19.
- 10 ítems con direccionalidad positiva, los cuales son: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 20.

Cuando las proporciones están enunciadas positivamente la valoración será la siguiente:

- Muy de acuerdo A = 4 puntos
- De acuerdo B = 3 puntos
- En desacuerdo C = 2 puntos

- Muy en desacuerdo D= 1 punto

Cuando las proposiciones están enunciadas negativamente:

- Muy de acuerdo A = 1 punto
- De acuerdo B = 2 puntos
- En desacuerdo C = 3 puntos
- Muy en desacuerdo D = 4 puntos

Evaluación:

Autoestima baja = menor o igual a 64 puntos

Autoestima alta = mayor o igual a 65 puntos

TEST DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN:

El instituto nacional de salud mental (INSM), Lima, ha elaborado este instrumento, con la finalidad de ser utilizado a nivel nacional para el tamizaje de signos depresivos que debe ser aplicado a toda persona que acude o solicita servicios en las instituciones de salud. Tiene una validez de contenido de 85% y su índice de confiabilidad es de 75%.

Es una escala auto aplicada conformada por 20 ítems, de los cuales 10 ítems, tienen direccionalidad positiva y 10 negativas, relacionadas con la depresión. El adolescente cuantificará no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas utilizando, una escala de LIKERT de 4 puntos, desde 1 (raramente nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

La escala de LIKERT, en cada ítem, puntúa de 4 a 1 para los de sentido negativo y de 1 a 4 para los de sentido positivo.

La valoración del instrumento consta de:

- 10 ítems con direccionalidad negativa, los cuales son: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.
- 10 ítems con direccionalidad positiva, los cuales son: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Cuando las proposiciones están enunciadas negativamente, la valoración será la siguiente:

- Siempre o casi siempre : 4 puntos
- Con bastante frecuencia : 3 puntos
- A veces : 2 puntos
- Nunca o casi nunca : 1 punto

Cuando las proposiciones están enunciadas positivamente, la valoración será la siguiente:

- Siempre o casi siempre : 1 punto
- Con bastante frecuencia : 2 puntos
- A veces : 3 puntos
- Nunca o casi nunca : 4 puntos

Haciendo un puntaje total de 80 puntos:

Se aplicó la siguiente fórmula:

Puntaje obtenido x 100

80

Evaluación:

- Sin depresión : menor o igual a 50 puntos
- Depresión leve : 51 a 59 puntos
- Depresión moderada : 60 a 69 puntos
- Depresión severa : 70 a más puntos.

APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR FAMILIAR (family APGAR), fue diseñado en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo, APGAR, hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El instrumento fue aplicado en varios contextos socioculturales, tiene una validez de contenido de 85% y su índice de confiabilidad es de 82%.

Cada respuesta se calificó en una escala de 0 a 4 puntos y es como sigue:

- Nunca : 0 puntos
- Casi nunca : 1 puntos
- Algunas veces : 2 puntos
- Casi siempre : 3 puntos
- Siempre : 4 puntos

Evaluación:

Buena función familiar : 18 - 20 puntos

Disfunción familiar leve : 14 – 17 puntos
Disfunción familiar moderada: 10 – 13 puntos
Disfunción familiar severa : 0- 9 puntos

TEST DE VALORACION SOBRE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA (EAT - 26):

El EAT es una herramienta auto aplicada de 26 ítems de Garner DM, et al., 1982. Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78.

Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Utilizando el punto de corte de 22 puntos o más en un grupo de afectadas con Anorexia Nerviosa, el rango de sensibilidades, especificidades y Valor Predictivo Positivo fueron de 65,1% a 88,9%, 96,1% a 97,7% y 44,4% a 46,2%, respectivamente, siendo las tasas de falsos positivos del 2,7% al 3,8%; de las cuales fue evaluada como:

Los ítems están clasificados de la siguiente manera:

- Siempre A = 3 puntos
- Muy a menudo B = 2 puntos
- A menudo C = 1 puntos
- A veces D = 0 puntos
- Raramente E = 0 puntos
- Nunca F = 0 puntos

Evaluación:

Con conductas predisponentes = 39 – 78 puntos

Sin conductas predisponentes = 0 – 38 puntos

Prueba Piloto:

No se solicitó la validación del instrumento de recolección de datos mediante la técnica de juicio de expertos; ya que los instrumentos que utilizamos en el proyecto de investigación son estandarizados. Así mismo la prueba piloto se realizó con la finalidad de determinar la claridad de los instrumentos, las preguntas, el uso del lenguaje y su duración (inicio-final) en la aplicación de los instrumentos y así poder subsanar algunas dificultades para la ejecución final y definir estrategias importantes en la recolección y análisis de datos.

Se aplicó la prueba piloto en 17 adolescentes del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, con características similares del estudio; los mismos que no fueron incluidos como parte de la muestra y los resultados fueron procesados mediante estadística descriptiva.

El análisis de las tendencias descriptivas de los hallazgos en la prueba piloto permitió modificar los criterios de evaluación de las categorías de la variable conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, antes de la prueba se consideró evaluar la variable de la siguiente manera:

- ❖ Con conductas predisponentes de 39 a 78 puntos obtenidos en el cuestionario.
- ❖ Sin conductas predisponentes de 0 a 38 puntos.

Posterior a la prueba piloto, se obtiene una media de las puntuaciones de un total de 168 unidades muestrales, igual a 45

puntos con una desviación estándar de 11, siendo el puntaje mínimo de 5 y un máximo de 61, lo que permite reajustar los criterios de calificación basados en la media quedando para el análisis final igual a:

- ❖ Con conductas predisponentes de 45 a más puntos obtenidos en el cuestionario.
- ❖ Sin conductas predisponentes menos de 45 puntos.

Del mismo modo se modificó la calificación de la variable síntomas depresivos, antes de la prueba se calificó, sin síntomas, depresión leve, moderada y severa. Después de la prueba piloto, se calificó en dos categorías: Sin síntomas depresivos y con síntomas depresivos, ya que algunas categorías de la calificación depresiva no existía como dato.

En el APGAR familiar, se modificó la calificación para el análisis final en Buena funcionalidad y Disfunción familiar, por las mismas razones expuestas en la variable síntomas depresivos.

En la variable autoestima se obtiene una media de las puntuaciones de un total de 168 unidades muestrales, igual a 47 puntos con una desviación estándar de 5, siendo el puntaje mínimo de 37 y un máximo de 66, lo que permite reajustar los criterios de calificación basados en la media quedando para el análisis final igual a:

- ❖ Autoestima alta de 47 a más puntos obtenidos en el cuestionario.
- ❖ Autoestima baja menos de 47 puntos.

4. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos estuvo bajo la responsabilidad de las investigadoras que asistieron a la institución educativa con uniforme de salud pública, en tres días en el turno de la mañana. Cada una tenía bajo la responsabilidad a un promedio de 84 estudiantes y se

realizó las actividades según el tiempo programado en el cronograma.

a. Antes de la recolección de datos:

- Se solicitó a la Decana de la facultad de Enfermería, los documentos necesarios para tramitar la autorización al director de la institución educativa seleccionada de la ciudad de Iquitos, donde se llevará a cabo el presente estudio.
- Aprobada la autorización, se coordinó con el director o la persona delegada de la institución educativa, el horario para la aplicación de los instrumentos.
- Un día antes se entregó a los estudiantes las autorizaciones dirigidas a sus padres para su participación en la investigación.

b. Durante la recolección de datos:

- Se coordinó el ambiente para la aplicación de los instrumentos.
- Previa a la recolección se solicitó el asentimiento correspondiente.
- La recolección de los datos se realizó en el turno de la mañana.
- Se explicó a los estudiantes el propósito del estudio, solicitando su colaboración, veracidad, sinceridad e individualidad en sus respuestas.

- Se ubicó a los alumnos a cierta distancia entre uno y otro, a fin de evitar interferencias.
- Los instrumentos son estandarizados y guiados por las investigadoras durante un tiempo a determinar posterior a la prueba piloto.

c. Después de la recolección de datos:

- Se verificó que los instrumentos estén correctamente llenados.
- Se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación posterior.

5. Análisis e interpretación de los datos:

Para el análisis descriptivo se elaboró tablas y gráficos univariados y bivariados (tabla de contingencia), en las que se realizó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística paramétrica correlación de Pearson, para asociar la variable independiente factores psicosociales y la variable dependiente conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Con un nivel de significancia de $p < 0,05$ y nivel de confianza del 95%. El procesamiento se hizo con el programa estadístico SPSS versión 15.0 en español para Windows XP.

6. Limitaciones:

En el momento de la recolección de datos 20 estudiantes no estuvieron presentes por las siguientes causas: 10 estudiantes se encontraron rindiendo examen del curso de matemática el día de la aplicación del instrumento; 5 estudiantes presentaron autorización negativa; 3 estudiantes se encontraron enfermas el día de la aplicación del instrumento; la cual enviaron su certificado médico a la institución; 2 estudiantes se encontraron ausentes el día de la aplicación del instrumento; afectando al total de la muestra, quedándose en 168 en vez de 188.

7. Protección de los derechos humanos

- ❖ Los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra de estudio de investigación son respetados manteniendo en anonimato la información de los sujetos.

- ❖ La participación de las unidades de estudio son en forma voluntaria previa información de los objetivos del presente estudio, son tratados con respeto, considerando su integridad física y moral. Y se tendrá en cuenta el consentimiento informado.

- ❖ Las preguntas del cuestionario y los ítems de la escala no alteran la salud física, mental y social de los sujetos de estudio.

- ❖ Los resultados que se obtuvieron son confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio, en todo momento se tendrá en cuenta la ética y bioética en salud.

- ❖ Los datos son analizados en forma agrupada, luego de este procesamiento los instrumentos serán destruidos.

CAPITULO IV

I. ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA N° 1

NIVELES DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

NIVELES DE AUTO ESTIMA	N°	%
AUTOESTIMA BAJA	84	50
AUTOESTIMA ALTA	84	50
TOTAL	168	100

Fuente: Las investigadoras.

En la TABLA N° 1 respecto al nivel de autoestima de la muestra de 168 adolescentes (100%) del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio, se aprecia que el 50% (84 adolescentes) tienen autoestima baja y el otro 50% (84 adolescente) tienen autoestima alta.

TABLA N° 2

SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

SINTOMAS DEPRESIVOS	N°	%
SIN SINTOMAS DEPRESIVOS	152	90.5
SINTOMAS DEPRESIVOS	16	9.5
TOTAL	168	100

Fuente: Las investigadoras.

En la TABLA N° 2 respecto a los síntomas depresivos de la muestra de 168 adolescentes (100%) del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio, se aprecia que el 90.5% (152 adolescentes) no presentan síntomas depresivos y el otro 9.5% (16 adolescente) si presentan síntomas depresivos.

06/09/12



TABLA N° 3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N°	%
BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	49	29.2
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	119	70.8
TOTAL	168	100

Fuente: Las investigadoras.

En la TABLA N° 3 respecto a la funcionalidad familiar de la muestra de 168 adolescentes (100%) del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio, se aprecia que el 70.8% (119 adolescentes) presentan disfuncionalidad familiar y el otro 29.2% (49 adolescentes) presentan buena funcionalidad familiar.

TABLA N° 4

**CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN
 ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO
 SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012**

CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA	N°	%
CON CONDUCTAS PREDISPONENTES	106	63.1
SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES	62	36.9
TOTAL	168	100

Fuente: Las investigadoras.

En la TABLA N° 4 respecto a las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa de la muestra de 168 adolescentes (100%) del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio, se aprecia que el 63.1% (106 adolescentes) presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa y el 36.9% (62 adolescentes) no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

II. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA N° 5

NIVELES DE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

NIVELES DE AUTOESTIMA	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	N°	%	N°	%	N°	%
AUTOESTIMA BAJA	53	31.5	31	18.5	84	50
AUTOESTIMA ALTA	53	31.5	31	18.5	84	50
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2 = 0.00$ $gl = 1$ $p = 0,563$ $\alpha \leq 0.05$

En la TABLA N° 5 respecto a los niveles de autoestima y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa del 100% de la muestra de (168) adolescentes del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio, se aprecia que el 31.5% de (53) adolescentes con autoestima baja presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa y el otro 31.5% de (53) adolescente con autoestima alta presenta conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

Por otro lado el 18.5% de (31) adolescentes con autoestima baja no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa y el otro 18.5% de (31) adolescentes con autoestima alta no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

Para determinar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado, obteniendo ($X^2=0.00$, $gl = 1$, $p \leq 0,563 > \alpha \leq 0.05$); rechazando la hipótesis planteada; negando la relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y las conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa.

TABLA N° 6

SINTOMAS DEPRESIVOS Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

SINTOMAS DEPRESIVOS	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN SINTOMAS DEPRESIVOS	105	62.5	47	28	152	90.5
CON SINTOMAS DEPRESIVOS	1	0.6	15	8.9	16	9.5
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2= 24,541$

gl= 1

p= ,000

$\alpha \leq 0.05$

En la TABLA N° 6 respecto a los síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa del 100% de la muestra de 168 adolescentes del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio; se puede deducirse que el 28% de (47) adolescentes sin síntomas depresivos no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa; el 8.9% de (15) adolescentes con síntomas depresivos no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa; por otro lado, el 62.5% de (105) adolescentes sin síntomas depresivos presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa y el otro 0.6% de (1) adolescente con

síntomas depresivos presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Del grupo de adolescentes sin conductas predisponentes a la anorexia nerviosa existe un 28% de (47) que no presentaron síntomas depresivos, lo que indica que la mayoría en este grupo no presentaron conductas predisponentes sin síntomas depresivos.

Para determinar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado, obteniendo ($X^2=24,541$, $gl = 1$, $p=000 < \alpha 0.05$); aceptando la hipótesis planteada; existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa.

TABLA N° 7

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	34	20.2	15	8.9	49	29.2
DISFUNCION FAMILIAR	72	42.9	47	28	119	70.8
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2= 1,176$

gl= 1

p= 0,182

$\alpha \leq 0.05$

En la TABLA N° 7 respecto a la funcionalidad familiar y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa del 100% de la muestra de 168 adolescentes del 3° al 5° de secundaria del Colegio Sagrado Corazón participantes del estudio; se puede observar que el 42.9% de (72) adolescentes con disfunción familiar tienen presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa; el 28% de (47) adolescentes con disfunción familiar no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa; el 20.2% de (34) adolescentes con buena funcionalidad familiar presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa y el 8.9% de (15) adolescentes con buena

funcionalidad familiar no presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Del grupo de adolescentes con conductas predisponentes a la anorexia nerviosa existe un 42.9% de (72) que si presentan disfunción familiar, lo que indica que la mayoría en este grupo presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

Para determinar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado, obteniendo ($X^2= 1,176$, $gl = 1$, $p=0,182 \geq \alpha 0.05$); rechazando la hipótesis planteada: existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa.

DISCUSION

En el trabajo de investigación, se encontró relación estadísticamente significativa entre la variable Síntomas Depresivos y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3º al 5º de secundaria del colegio sagrado corazón, evidenciándose en que las adolescentes que no presentaron conductas predisponentes fueron en su mayoría aquellas que no presentaron síntomas depresivos. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por **Guadarrama R. (México 2007)** quien en una investigación sobre anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes, dice que efectivamente, cuando no esté presente la anorexia nerviosa la depresión también puede o no presentarse en el adolescente; sin embargo; al no presentarse los síntomas depresivos, pueden indicar que no en todos los casos aparece dicha condición de presentar síntomas depresivos y conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

Por otro lado, no coincide con **Castillo A. (México - 2009)**, quien en su investigación sobre la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior, dice que el nivel de depresión de los adolescentes es mayor entre los que presentan conductas alimentarias de riesgo que aquellos que no. Entonces se puede decir que el nivel de depresión precede a la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Nuestros hallazgos refuerzan el contenido del autor con el que coincide nuestra investigación. Esto permite decir que el trabajo en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa) no tendrá que considerar a los síntomas

depresivos como aspecto fundamental a la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la variable Nivel de Autoestima y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3º al 5º de secundaria, del colegio sagrado corazón, evidenciándose en que las adolescentes presentaban autoestima baja y autoestima alta en manera equitativa con relación a la presencia y no presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por **Gonzales C. (España 2007)** quien en su estudio realizado sobre detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria encontró que no siempre cuando existe una autoestima baja los adolescentes pueden presentar trastornos en la conducta alimentaria (anorexia nerviosa); lo cual constituye un factor de riesgo estrechamente vinculado con el desarrollo de problemas de salud mental en adolescentes; tales como la anorexia nerviosa. Nuestros hallazgos refuerzan al autor en referencia concluyendo que existe independencia de variables.

Del mismo modo no se encontró relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3º al 5º de secundaria, del colegio sagrado corazón, sin embargo, en los valores absolutos muestra cierta predisposición en la relación entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Estos hallazgos no coinciden con lo encontrado por **Pezo I. (Perú - 2009)**, quien en su estudio realizado sobre trastornos

familiares asociados a algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila, Iquitos – 2009, dice que, en la funcionalidad familiar, la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia nerviosa presentan familia disfuncional en un 16.9% y en menor proporción 12.1% en relación a tendencia a anorexia y familia funcional. De acuerdo a los resultados obtenidos, notamos que las diferencias observadas no tienen significancia estadística, pero al observar los valores absolutos podemos encontrar una predisposición a que las adolescentes que presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa provienen de hogares con disfunción familiar. Por lo tanto, nuestros hallazgos evidencian una predisposición a la relación de ambas variables, sugiriendo en la ejecución de otros trabajos de investigación, enfaticen la funcionalidad familiar en la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en las adolescentes, en una mayor muestra poblacional.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación y a los objetivos presentamos las siguientes conclusiones:

1. El análisis Univariado, evidencia en cuanto a la variable Nivel de Autoestima no existe diferencia de distribución del grupo de adolescentes que presentaron autoestima alta (50% de 84) de con el grupo de adolescentes que presentaron autoestima baja (50% de 84).

En cuanto a los síntomas depresivos el 90.5% de (152) adolescentes, no presentaron síntomas depresivos y el 9.5% de (16) adolescentes si presentaron síntomas depresivos. Con respecto a la funcionalidad familiar, el 70.8% de (119) adolescentes presentaron disfuncionalidad familiar y el otro 29.2% de (49) adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar. En relación a la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, el 63.1% de (106) adolescentes presentaron conductas predisponentes, y el otro 36.9% de (62) adolescentes no presentaron conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

2. En el análisis bivariado se encontró relación entre los síntomas depresivos y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, la cual permitió aceptar la hipótesis planteada existe relación entre la presencia de síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

3. En cuanto a la funcionalidad familiar, no se encontró relación estadísticamente significativa con la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, pero al observar los valores absolutos podemos encontrar cierta predisposición en relación a la disfuncionalidad familiar y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa (42.9% de 72 adolescentes).
4. No se encontró relación entre las variables autoestima y presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, por lo cual se concluye que existe independencia de variables.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en la investigación se recomienda lo siguiente:

- a. A la facultad de enfermería poner énfasis en la investigación durante los cursos de salud mental en los temas relacionados sobre casos en trastornos de la conducta alimentaria, poniendo énfasis en los síntomas depresivos y la funcionalidad familiar por que permitirán sensibilizar a los estudiantes en la importancia de los factores psicosociales que afectan a los adolescentes y así incorporar nuevas experiencias que les servirá en el futuro profesional.
- b. Al MINSA, realizar campañas preventivas a través de la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación o prueba clínica específica a fin de identificar síntomas depresivos y funcionalidad familiar como factores predisponentes a los trastornos de la conducta alimentaria enfatizando a la Anorexia nerviosa.
- c. Educar a los adolescentes de los centros educativos y a la comunidad, sobre los estilos de vida saludables, para mejorar la relación familiar entre sus miembros y prevenir la aparición de los diferentes trastornos psicológicos (síntomas depresivos) y sociales (funcionalidad familiar) que conllevan a predisponer la anorexia nerviosa.
- d. Profundizar estudios relacionados con la anorexia nerviosa con los factores psicosociales (autoestima, síntomas depresivos y funcionalidad familiar) de los estudiantes, teniendo en cuenta nuevos diseños, técnicas e instrumentos y otras poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (2): 153-160
2. Hunot C, Vizmanos B, Vázquez E, Celis. Definición Conceptual De Las Alteraciones De La Conducta Alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Volumen 9 No.1. Guadalajara – Mexico. Enero-Marzo 2008.
3. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J. Am. Diet. Assoc.* Vol. 106:2073-2082. 2006.
4. González C, Pérez E, Martín B, Mitja I, *et all*. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación; *Psiquiatría*. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. España; artículo 161.582; *Aten Primaria*. 2007; 39(4)189-94.
5. Díaz J. La Anorexia Nerviosa En Niños y Adolescentes, España 2008, 105:145-150.
6. González A. Trastorno de la conducta alimentaria. *Pediatr Integral* 2004;VIII(8):665-670. España - Sevilla.
7. March J, Suess A, Prieto M, Escudero M, *et all*. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias

de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutr Hosp. 2006;21(1):4-12. España.

8. Escobar C; Cuerpos en Distorsión” El Comercio. Lima – Perú, Pág. 62. Febrero 2003.
9. Rico H. Anorexia Nerviosa. Revista Vivat Academia. Setiembre 2006. Nº 38. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n38/ambiente.htm>
10. Castillo A. Relación Entre La Presencia De Conductas Alimentarias De Riesgo Con La Depresión Y El Ambiente Familiar En Estudiantes De Educación Media Y Media Superior, Universidad Nacional Autónoma De México, 2009
11. Palacios X. Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. Terapia Psicológica 2007, Vol. 25, Nº 1 ,73-85. Universidad del Rosario, Colombia.
12. Hoeck, H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and others eating disorders. Current Opinion Psychiatry, 19, 389-394. 2006
13. Papalia D. Psicología del desarrollo. 9º edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2005.

14. Gamero C. La insoportable levedad del nunca comer. Segunda parte: Modelo para no comer. Diario OJO, Lima. 2007. Disponible en: <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n37/ambiente.htm>
15. Barriga S. Psicología General. Editorial Ceac SA. 2008
16. Agurto G. Asociación de lucha contra la Bulimia y Anorexia (Aluba). Bogotá - Colombia. 2012. Disponible en: <http://www.saludhoy.com/html/adoles/articulo/anorex1.html>.
17. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (3): 211-220.
18. Moreno M, Ortiz R. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Terapia psicológica México, Vol. 27, N°2, 181-189. 2009
19. Hernández, M. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. 2006. Episteme, 8 y 9. Recuperado el 14 de marzo de 2007 desde: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y906/reportes/a_anorexia.asp
20. Le Grange D, James Lock M. Un tratamiento de la anorexia nerviosa adolescente basado en la familia: La aproximación Maudsley. Chicago – 2006.

21. Le Grange D, Binford R, Loeb K. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 41-46.; Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S., and H. Kraemer. 2005. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 632-639.
22. Parinango L. Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta Rosa de Lima de Villa El Salvador Lima – Perú 2005. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería.
23. Nizama M. Anales de Salud Mental “Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004” Volumen XXI Año 2005. Lima – Perú.
24. Organización Panamericana De La Salud. (OPS). Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa. Disponible en: http://www.lacruzdemalta.es/para/para_entender/anor_bul/conoce/conoce_anybul.htm.
25. Pomalima R. MINISTERIO DE SALUD, Jóvenes con anorexia o bulimia, Lima – 2010; disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/105758/peru-jovenes-con-anorexia-o-bulimia-suman-11-4>
26. Borrego C. Factores De Riesgo E Indicadores Clínicos Asociados A Los Trastornos De La Conducta Alimentaria. Universidad César

Vallejo y Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Rev. Psicol. 12, 13-50, 2010.

27. Pezo I. Factores familiares asociados a algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila, Iquitos – 2009. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería. Iquitos – Perú.
28. Papalia D. Desarrollo Humano. 9° edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2005.
29. Staud M. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Argentina. 2006.
30. Salcedo K. Disfunción familiar y trastornos alimenticios en colima. España. 2009
31. Herrera, M. Trastornos de conducta relevan a la anorexia como principal problema psicológico de los jóvenes. España. 2008
32. Cruzat C, Ramirez P. Trastornos alimenticios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundaria de la comuna de concepción. Chile. 2008.
33. Trujillo E. ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? España - Barcelona. 2006.

34. Rojo N, Ojeda G. Trastornos De La Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006. Argentina.
35. Garcia V. Autoestima. España. 2007 (en línea). Noviembre 2009, Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml>.
36. Carrillo L. La familia, la autoestima y el fracaso escolar del adolescente. 2009. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España.
37. Álvarez A. Consumo de alcohol y autoestima. España. 2006 (en línea). Abril 2009, disponible en:
http://www.uaq.mx/investigacion/difusion/veranos/memorias2007/fri_cachesolano
38. Neyra G. Definición de autoestima. Perú. Disponible en:
google:<http://www.definicion.org/autoestima>.
39. Mora M, Raich R. Autoestima. Evaluación y tratamiento. guías de intervención. Editorial síntesis. España 2006.
40. Depresión en adolescentes. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>
41. Rosenbluth M. Depresión y Personalidad (desafíos clínicos y conceptuales). Editorial ELSEVIER MASSON. España – 2007.

42. Facchini M. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?, Instituto Psicosomático de Buenos Aires, 2006; 104(4):345-350.
43. Carrasco, E. Perspectiva familiar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.), Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica (pp. 235-257). Santiago: Mediterráneo. 2004
44. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, *et all*. Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139. 2005
45. Muñoz F. Nutriweb. Asociación de defensa de trastornos alimentarios en Extremadura; Argentina 2006 (en línea). Abril 2008, disponible en: <http://www.aula21.net/Nutriweb/anorexia.htm>.
46. Medicina y prevención. Anorexia nerviosa. 2009. Perú. 2006 (en línea). Agosto 2008, Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/anorexia/anorexia.htm>.
47. Nati. La anorexia no es un estilo de vida. España. 2007 (en línea). 17 Junio 2010, disponible en: <http://luchacontraanaymia.blogspot.com/2007/04/definicion-de-anorexia-y-bulimia.html>
48. Lenoir M. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología,

fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch. argent. pediatr. v.104
n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2006.

49. The Cleveland Clinic Foundation. Bulimia nerviosa. Florida, Estados
Unidos. 2005.

ANEXOS



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROYECTO: FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.

AUTORIZACION

Estimado Padre de familia, se realizara un estudio de investigación con el fin de determinar la relación que existe entre los **Factores Psicosociales Relacionados a la Presencia de Conductas Predisponentes a la Anorexia Nerviosa en Adolescentes Mujeres del 3º al 5º de Secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012.**

Con este motivo, solicitamos su autorización para que su menor hijo participe de la misma, con la seguridad de que se resguardara adecuadamente su identidad, la información que nos brinde y los derechos que tiene como ser humano.

Si usted autoriza que su menor hijo participe, sírvase a firmar la presente autorización. Muchas gracias.

Yo....., con DNI N°....., autorizo que mi menor hijo....., participe en la presente investigación, y lo hago en plena libertad de mi decisión, sin coacción ni amenaza alguna, por lo que firmo la presente en señal de conformidad.

Iquitos,..... De..... del 2012

FIRMA



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROYECTO: “FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado estudiante, estamos realizando un estudio de investigación, con el fin de determinar la relación que existe entre los **“Factores Psicosociales Relacionados a la Presencia de Conductas Predisponentes a la Anorexia Nerviosa en Adolescentes Mujeres del 3º al 5º de Secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012.”** La información sincera y honesta que nos brinde será de mucha utilidad y de uso exclusivo de la investigación.

Con este motivo solicitamos su participación voluntaria en la misma, con la seguridad de que estará resguardada adecuadamente su identidad, la información que nos brinde y sus derechos que como ser humano tiene.

Si usted desea participar, sírvase firmar la presente autorización. Muchas gracias. Yo....., con fecha de nacimiento, deseo participar en la presente investigación, y lo hago en plena libertad de mi decisión, sin coacción ni amenaza alguna, por lo que firmo la presente en señal de conformidad.

Iquitos,..... de..... del 2012

- Nombre del investigador:
- Código:

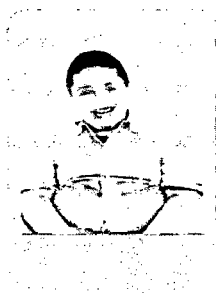
Si tuviera alguna duda, por favor pida la aclaración respectiva. Usted dispondrá de 15 minutos para el desarrollo de cada instrumento, haciendo un aproximado de 60 minutos.

PROYECTO: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012."

.....

ANEXO 01

ESCALA DE VALORACION DE AUTOESTIMA



CODIGO:.....

I. PRESENTACION:

Buenos días. Somos bachiller de la facultad de enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana, nos encuentro ejecutando un estudio de investigación acerca de: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.", la misma que servirá para elaborar una tesis profesional, por tal motivo le invito a participar en el mismo. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

GRACIAS.

.....

Nombre de la investigadora:.....

Fecha de entrevista:.....

Hora de inicio:.....

Hora de término:.....

II. INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente la aseveración que a continuación se le indican, marque con una X la característica que le corresponda.

Respuestas:

A = muy de acuerdo.

C = en desacuerdo.

B = de acuerdo

D = muy en desacuerdo.

III. DATOS DEL ADOLESCENTE:

Nº	Preguntas	A	B	C	D
01	Siento que soy una persona que merece aprecio (+)				
02	Me inclino a pensar que soy un fracasado (-)				
03	Siento que tengo muchas cualidades buenas (+)				
04	Soy capaz de hacer las cosas buenas con la mayoría de la gente (+)				
05	Siento que no tengo muchos motivos de que estar orgulloso (-)				
06	Me siento contento con respecto a mi imagen física (+)				
07	A veces me siento verdaderamente inútil (-)				
08	En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) (+)				
09	Me gustaría ser respetado aun mas por las personas (+)				
10	A veces pienso que no sirvo para nada (-)				
11	Me culpo incluso hasta cuando no soy yo el que tengo la culpa (-)				

12	Me cuesta mucho hablar ante un grupo (-)				
13	No tengo buena opinión de mi mismo (-)				
14	Si tengo algo que decir normalmente lo digo (+)				
15	Mas de una vez he deseado ser otra persona (-)				
16	En casa se respetan mis decisiones (+)				
17	Siento que la gente que conozco es mejor que yo (-)				
18	Me adapto fácilmente a los cambios de la vida (+)				
19	En realidad muchas veces prefiero estar solo (-)				
20	Pienso que el arreglo personal es lo principal (+)				

EVALUACION:

Autoestima baja : si obtiene menor o igual a 46 puntos.

Autoestima alta : si obtiene mayor o igual a 47 puntos.

PROYECTO: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012."

.....

ANEXO 02



FICHA DE TAMIZAJE DE DEPRESION

Escala de autoevaluación de la depresión – W. W. K. Zung.

CODIGO:.....

I. PRESENTACION:

Buenos días. Somos bachiller de la facultad de enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana, nos encuentro ejecutando un estudio de investigación acerca de: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.", la misma que servirá para elaborar una tesis profesional, por tal motivo le invito a participar en el mismo. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

GRACIAS.

.....

Nombre de la investigadora:.....

Fecha de entrevista:.....

Hora de inicio:.....

Hora de término:.....

II. INSTRUCCIONES

Es importante que al responder marque con una X las aseveraciones que considere mas cercano a su caso en el momento de hacer la prueba.

A = nunca o casi nunca

C = con bastante frecuencia

B = a veces

D = siempre o casi siempre.

III. DATOS DEL ADOLESCENTE:

Ítems	A	B	C	D	TOTAL
Me siento melancólico(a) (-)					
Por las mañanas es cuando me siento mejor (+)					
Tengo crisis de llanto o ganas de llorar (-)					
Duermo mal (-)					
Tengo tanto apetito como antes (+)					
Aun me atraen las personas del sexo opuesto (+)					
Noto que estoy perdiendo peso (-)					
Tengo problemas intestinales o estreñimiento (-)					
Me late el corazón mas de prisa que de costumbre (-)					
Me canso sin motivo (-)					
Tengo la mente tan clara como antes (+)					
Hago las cosas con la misma facilidad de antes (+)					
Me siento nervioso no puedo quedarme quieto (-)					

Tengo esperanza en el futuro (+)					
Estoy mas irritable que antes (-)					
Me es fácil tomar decisiones (+)					
Me siento útil y necesario (+)					
Me agrada mi vida actual (+)					
Creo q los demás estarían mejor si yo muriera (-)					
Disfruto de las mismas cosas que antes (+)					
TOTAL					

EVALUACION

- Sin síntomas depresivos : menor o igual a 50 puntos
- Síntomas depresivos : 51 a 80 puntos

PROYECTO: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012."

.....



ANEXO 03

APGAR FAMILIAR

CODIGO:.....

I. PRESENTACION:

Buenos días. Somos bachiller de la facultad de enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana, nos encuentro ejecutando un estudio de investigación acerca de: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.", la misma que servirá para elaborar una tesis profesional, por tal motivo le invito a participar en el mismo. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

GRACIAS.

.....

Nombre de la investigadora:.....

Fecha de entrevista:.....

Hora de inicio:.....

Hora de término:.....

II. INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente las aseveraciones que a continuación se le indican, marque con una X la característica que le corresponda:

A = nunca

D = casi siempre

B = casi nunca

E = siempre

C = algunas veces

III. DATOS DEL ADOLESCENTE:

Ítems	A	B	C	D	E	TOTAL
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuanto tengo algún problema o necesidad						
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas						
Me satisface como en mi familia aceptan mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.						
Me satisface como en mi familia se expresa el afecto y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia y amor.						
Me satisface como en mi familia compartimos el tiempo para estar junto, el espacio en la casa, el dinero.						
TOTAL						

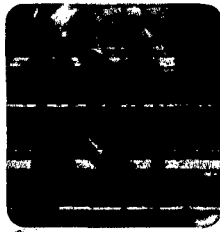
Interpretación de los resultados:

- Buena funcionalidad familiar : 18 – 20 puntos
- Disfunción familiar : 9 – 17 puntos

PROYECTO: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012."

.....

ANEXO 04



TEST DE VALORACION SOBRE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA (EAT - 26)

CODIGO:.....

I. PRESENTACION:

Buenos días. Somos bachiller de la facultad de enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana, nos encuentro ejecutando un estudio de investigación acerca de: "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.", la misma que servirá para elaborar una tesis profesional, por tal motivo le invito a participar en el mismo. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

GRACIAS.

.....

Nombre de la investigadora:.....

Fecha de entrevista:.....

Hora de inicio:.....

Hora de término:.....

II. INSTRUCTIVO:

Lea cuidadosamente las aseveraciones que a continuación se le indican, marque con una X la característica que le corresponda:

A = Siempre

D = A veces

B = Muy a menudo

E = Raramente

C = A menudo

F = Nunca

III. DATOS DEL ADOLESCENTE:

ÍTEMS	A	B	C	D	E	F	TOTAL
Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.							
Procuro no comer cuando tengo hambre.							
La comida es para mí una preocupación habitual.							
He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.							
Corto mis alimentos en trozos pequeños.							
Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.							
Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).							
Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.							
Vomito después de comer.							
Me siento muy culpable después de comer.							
Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.							
Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.							

Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.									
Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.									
Tardo más tiempo que los demás en comer.									
Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.									
Tomo alimentos dietéticos.									
Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.									
Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.									
Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.									
Paso demasiado tiempo pensando en la comida.									
No me siento bien después de haber tomado dulces.									
Estoy haciendo régimen o ejercicio estricto.									
Me gusta tener el estómago vacío.									
Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.									
Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.									
TOTAL									

Interpretación de los resultados:

Sin conductas predisponentes : si obtiene menor o igual a 44 puntos.

Con conductas predisponentes : si obtiene mayor o igual a 45 puntos.

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
	<p>Consta de 20 ítems, que hacen un total de 80 puntos, su contenido permite evaluar el nivel de autoestima del sujeto en estudio el cual contempla la puntuación de acuerdo a las siguientes categorías.</p>			<p>B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>4. Soy capaz de hacer las cosas buenas con la mayoría de la gente (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>5. Siento que no tengo muchos motivos de que estar orgulloso (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>6. Me siento contento con respecto a mi imagen física (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>7. A veces me siento verdaderamente inútil (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>8. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) (+)</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>9. Me gustaría ser respetado aún más por las personas (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>10. A veces pienso que no sirvo para nada (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>11. Me culpo incluso hasta cuando no soy yo el que tengo la culpa (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>12. Me cuesta mucho hablar ante un grupo (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>13. No tengo buena opinión de mí mismo (-)</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>14. Si tengo algo que decir normalmente lo digo (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>15. Más de una vez he deseado ser otra persona (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>16. En casa se respetan mis decisiones (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>17. Siento que la gente que conozco es mejor que yo (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>18. Me adapto fácilmente a los cambios de la vida (+)</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>19. En realidad muchas veces prefiero estar solo (-) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p> <p>20. Pienso que el arreglo personal es lo principal (+) A = muy de acuerdo. B = de acuerdo C = en desacuerdo. D = muy en desacuerdo.</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
	Se considera las siguientes categorías			<p>3. Tengo crisis de llanto o ganas de llorar (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>4. Duermo mal (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>5. Tengo tanto apetito como antes (+) A = nunca o casi nunca B = a veces</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>6. Aun me atraen las personas del sexo opuesto (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>7. Noto que estoy perdiendo peso (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>8. Tengo problemas intestinales o estreñimiento (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>9. Me late el corazón más de prisa que de costumbre (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>10. Me canso sin motivo (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>D = siempre o casi siempre.</p> <p>11. Tengo la mente tan clara como antes (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>12. Hago las cosas con la misma facilidad de antes (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>13. Me siento nervioso no puedo quedarme quieto (-)</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>14. Tengo esperanza en el futuro (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>15. Estoy más irritable que antes (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>D = siempre o casi siempre.</p> <p>16. Me es fácil tomar decisiones (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>17. Me siento útil y necesario (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre</p> <p>18. Me agrada mi vida actual (+) A = nunca o casi nunca B = a veces</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre.</p> <p>19. Creo q los demás estarían mejor si yo muriera (-) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi Siempre.</p> <p>20. Disfruto de las mismas cosas que antes (+) A = nunca o casi nunca B = a veces C = con bastante frecuencia D = siempre o casi siempre</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>3. Me satisface como en mi familia aceptan mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones. A = nunca B = casi nunca C = algunas veces D = casi siempre E = siempre</p> <p>4. Me satisface como en mi familia se expresa el afecto y responde a mis emociones tales como tristeza, rabia y amor. A = nunca B = casi nunca C = algunas veces</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>D = casi siempre E = siempre</p> <p>5. Me satisface como en mi familia compartimos el tiempo para estar junto, el espacio en la casa, el dinero.</p> <p>A = nunca B = casi nunca C = algunas veces D = casi siempre E = siempre</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
	<p>El EAT es una herramienta auto aplicada de 26 ítems de Garner DM, et al., 1982. Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Será medida como</p>			<p>3. La comida es para mí una preocupación habitual. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>5. Corto mis alimentos en trozos pequeños. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).</p> <p>A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.</p> <p>A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>9. Vomito después de comer. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>10. Me siento muy culpable después de comer. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>15. Tardo más tiempo que los demás en comer. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>17. Tomo alimentos dietéticos. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>22. No me siento bien después de haber tomado dulces. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>23. Estoy haciendo régimen. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>24. Me gusta tener el estómago vacío. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTAS
				<p>25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p> <p>26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar. A = Siempre B = Muy a menudo C = A menudo D = A veces E = Raramente F = Nunca</p>



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ARTICULO CIENTÍFICO

**FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE
CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN
ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO
SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012.**

Para optar el título de licenciada en enfermería

PRESENTADO POR:

Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy

Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth.

IQUITOS – PERU

2012

Bach. Enf. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy. Iquitos, Perú. Teléfono 065260938, Cel. #957892844, Correo: sámira_16_89@hotmail.com

RESUMEN

“FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTAS PREDISONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MUJERES DEL 3º AL 5º DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON, IQUITOS – 2012”

Presentado por:

Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy¹; Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth².

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre los factores psicosociales y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón, Iquitos - 2012. El método de investigación fue el Cuantitativo, el diseño no experimental del tipo descriptivo correlacional. La hipótesis planteada fue: “Existe relación estadísticamente significativa entre los factores psicosociales: (nivel de autoestima, tipo de depresión, funcionalidad familiar) y las conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa, en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del Colegio Sagrado Corazón – Iquitos, 2012”. Se estudió a 168 adolescentes previamente seleccionados mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, aplicando cuatro instrumentos: El Test de Autoestima con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 80.07%, Test de Tamizaje de Depresión con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 75%, El APGAR Familiar con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 82% y El Test de Valoración sobre Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa con una validez de contenido de 85% y confiabilidad de 95%. Para el análisis e interpretación de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS Vs. 17 y las pruebas no paramétricas de Chi cuadrado para la contrastación de las hipótesis específicas con un nivel de significancia de α 0.05. Como principales hallazgos, tenemos: existe asociación entre los síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa según ($p < ,000 < \alpha \leq 0.05$); lo que permite aceptar la hipótesis específica N° 02. No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima, funcionalidad familiar y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, según ($p < 0,563 > \alpha \leq 0.05$); ($p < 0,182 > \alpha \leq 0.05$) lo cual no permite aceptar la hipótesis específica N° 01 y 03.

Palabras Clave: *Anorexia Nerviosa, autoestima, depresión, funcionalidad familiar.*

ABSTRACT

“PSYCHOSOCIAL FACTORS AND PREDISPOSABLE BEHAVIORS TOWARDS ANOREXIA IN TEENAGE WOMEN FROM 3° TO 5° GRADE FROM SAGRADO CORAZON HIGH SCHOOL, IN IQUITOS, 2012.”

PRESENTED FOR:

Bach. RODRIGUEZ PINEDO, Seudy¹; Bach. TAPIA FACHIN, Rossitta Elizabeth².

The research had as an objective to determine the association existing between psychosocial factors and predisposable behaviors towards anorexia in teenage women from 3° to 5° grade from Sagrado Corazon High School, in Iquitos, 2012. The method for this research was Quantitative, the design was non experimental of a descriptive (correlacional) type. 168 teenage women were previously tested through simple probabilistic sample at random, applying four instruments: The self-esteem test with a content validity of 85% and reliability of 80.07%, depression test with a content validity of 85% and reliability of 75%, family APGAR with a content validity of 85% and reliability of 82% and the valuation test of disposable behaviors towards anorexia with a content validity of 85% a reliability of 95%. The purpose was to respond to the given hypothesis, “There is a statistically significant relation between psychosocial factors such as, self-esteem level, type of depression, family functionality) and (predisponentes) behaviors towards anorexia in teenage women from 3° to 5° grade from Sagrado Corazon High School, in Iquitos, 2012, and the general result is that it does not exist a statistically significant association between self-esteem level ($P < 5.63 < \alpha 0.05$) and family functionality ($P < 1.82 < \alpha 0.05$); which indicates that the hypothesis of the research is not accepted.

On the other hand, it exists a statistically significant association between depressive symptoms ($P < 000 < \alpha 0.05$), for which the hypothesis of the research is accepted.

Keywords: Nervous Anorexia, self-esteem level, type of depression, family functionality.

INTRODUCCION

La adolescencia es el período etario más vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en su identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado¹, sobre todo en las mujeres jóvenes, esta presión por tener una apariencia delgada es como un símbolo de aceptación social y un factor importante que puede llevar al desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria² que traen consecuencias que producirán tanto a nivel físico, emocional (baja autoestima, síntomas depresivos) y/o social (funcionalidad familiar).³

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y cuadros afines no especificados, han alcanzado en los últimos años una especial relevancia, debido a la progresión de su prevalencia en las sociedades desarrolladas. En las últimas décadas ha surgido y se ha incrementado la presión social sobre el aspecto físico de los adolescentes.⁴ por lo que podemos hablar de una auténtica epidemia que ha cogido desprevenida a la administración sanitaria, de manera igualitaria en todos los países del mundo, incluyendo los países subdesarrollados. A pesar de que esta observación es admitida incluso por los profesionales más conservadores, se continúa sin dar una respuesta sanitaria suficiente y coherente.⁵

La anorexia nerviosa (AN) es el trastorno más frecuente y conocido, se caracteriza por una pérdida de peso por propia voluntad de la persona, y se encuadra en la actualidad en una enfermedad psicosomática. En épocas anteriores se aceptaba la mayor incidencia en el sexo femenino en un 90%, dominando la raza blanca en un 95%, siendo las adolescentes las más afectadas en un 75%. Estos datos epidemiológicos considerados clásicos han evolucionado participando de los trastornos de conducta alimentaria en todos los niveles sociales, y afectando cada vez a edades más tempranas, incluyendo a niñas y a edades elevadas, de mujeres maduras.⁶

En la amplia discusión científica existente sobre la etiología de la enfermedad se identifican como causas, factores socioculturales como el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género y conflictos en el entorno familiar evaluados como causa o efecto del trastorno. También se han propuesto factores biológicos como una predisposición genética, presencia de psicopatología previa o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición; Así como características personales como una baja autoestima, y un alto nivel de auto exigencia. No obstante, muchos estudios asumen un origen multicausal de la enfermedad.⁷

En el Perú la anorexia nerviosa es un problema de los adolescentes ya que en nuestro medio la delgadez es considerado como un ideal de belleza los cuales son impuestos por diferentes medios masivos de comunicación que proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.⁸ De acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática la población estimada para el 2005 fue de 27 974 millones, en el cuál la población adolescente de 12-19 años, fue de 22.8% traducido en cifras es un aproximado de 6,3 millones de adolescentes en el Perú.⁹ Por lo que resulta importante y necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su adaptación individual, interpersonal y social del adolescente.¹⁰

Pocos son los estudios que se realizan para evidenciar la relación que existe entre los Factores psicosociales (autoestima, síntomas depresivos y funcionalidad familiar) y la presencia de conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes, por ello es de suma importancia dar respuesta a esta pregunta ¿Existe relación entre los Factores psicosociales y la presencia de conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes mujeres del 3º al 5º de secundaria del colegio Sagrado Corazón, Iquitos – 2012?

Los resultados del presente estudio permitirá tener información real y actualizada de las variables en estudio, de esta manera contribuirá a contar con base teórica de los factores psicosociales y la presencia de conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en adolescentes que permita contar con importantes aportes teóricos para futuros trabajos de investigación a nivel pre y posgrado; así mismo, brindar un cuidado de calidad en la problemática sanitaria del adolescente en el marco de la estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz.

MATERIALES Y METODOS: La investigación es un estudio descriptivo correlacional del diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 168 adolescentes de sexo femenino, matriculadas durante el año 2012 del turno de la mañana de los grados: 3º, 4º y 5º año de secundaria en el colegio Sagrado Corazón, seleccionadas por el muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, en base a los criterios de inclusión.

La variable independiente factores psicosociales comprenden: la Autoestima baja: si obtiene menor o igual a 46 puntos; Autoestima alta: si obtiene mayor o igual a 47 puntos; Sin síntomas depresivos: menor o igual a 50 puntos; Síntomas depresivos: 51 a 80 puntos; Buena funcionalidad familiar: 18 – 20 puntos; Disfunción familiar : 9 – 17 puntos.

La variable dependiente conductas predisponentes a la anorexia nerviosa comprende: Sin conductas predisponentes : si obtiene menor o igual a 44 puntos; Con conductas predisponentes : si obtiene mayor o igual a 45 puntos.

Se utilizó la técnica de la encuesta para aplicar los siguientes instrumentos estandarizados: **TEST DE AUTOESTIMA; TEST DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN; APGAR FAMILIAR; TEST DE VALORACION SOBRE CONDUCTAS PREDISONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA (EAT - 26);** los datos fueron codificados y procesados en SPSS versión 15.0 para Windows XP y para asociar la variable se utilizó la prueba estadística paramétrica de chi cuadrado.

RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVELES DE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

NIVELES DE AUTOESTIMA	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	N°	%	N°	%	N°	%
AUTOESTIMA BAJA	53	31.5	31	18.5	84	50
AUTOESTIMA ALTA	53	31.5	31	18.5	84	50
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2 = 0.00$

gl= 1

p= 0,563

$\alpha \leq 0.05$

TABLA N° 2

SINTOMAS DEPRESIVOS Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

SINTOMAS DEPRESIVOS	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN SINTOMAS DEPRESIVOS	105	62.5	47	28	152	90.5
SINTOMAS DEPRESIVOS	1	0.6	15	8.9	16	9.5
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2 = 24,541$

gl= 1

p= ,000

$\alpha \leq 0.05$

TABLA N° 3
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA
ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DEL 3° AL 5° DE SECUNDARIA DEL
COLEGIO SAGRADO CORAZON DE IQUITOS, IQUITOS-2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CONDUCTAS PREDISPONENTES A LA ANOREXIA NERVIOSA				TOTAL	
	CON CONDUCTAS PREDISPONENTES		SIN CONDUCTAS PREDISPONENTES			
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	34	20.2	15	8.9	49	29.2
DISFUNCION FAMILIAR	72	42.9	47	28	119	70.8
TOTAL	106	63.1	62	36.9	168	100

$X^2 = 1,176$ $gl = 1$ $p = 0,182$ $\alpha \leq 0.05$

DISCUSION

En el trabajo de investigación, se encontró relación estadísticamente significativa entre la variable Síntomas Depresivos y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3° al 5° de secundaria del colegio sagrado corazón, evidenciándose en que las adolescentes que no presentaron conductas predisponentes fueron en su mayoría aquellas que no presentaron síntomas depresivos. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Guadarrama R. (México 2007) quien en una investigación sobre anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes, dice que efectivamente, cuando no esté presente la anorexia nerviosa la depresión también puede o no presentarse en el adolescente; sin embargo; al no presentarse los síntomas depresivos, pueden indicar que no en todos los casos aparece dicha condición de presentar síntomas depresivos y

conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Por otro lado, no coincide con Castillo D. (México - 2009), quien en su investigación sobre la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior, dice que el nivel de depresión de los adolescentes es mayor entre los que presentan conductas alimentarias de riesgo que aquellos que no. Entonces se puede decir que el nivel de depresión precede a la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Nuestros hallazgos refuerzan el contenido del autor con el que coincide nuestra investigación. Esto permite decir que el trabajo en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa) tendrá que considerar a los síntomas depresivos como aspecto fundamental a la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la variable Nivel de Autoestima y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3º al 5º de secundaria, del colegio sagrado corazón, evidenciándose en que las adolescentes presentaban autoestima baja y autoestima alta en manera equitativa con relación a la presencia y no presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Gonzales C. (España 2007) quien en su estudio realizado sobre detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria encontró que no siempre cuando existe una autoestima baja los adolescentes pueden presentar trastornos en la conducta alimentaria (anorexia nerviosa); lo cual constituye un factor de riesgo estrechamente vinculado con el desarrollo de problemas de salud mental en adolescentes; tales como la anorexia nerviosa. Nuestros hallazgos refuerzan al autor en referencia concluyendo que existe independencia de variables.

Del mismo modo no se encontró relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las Conductas predisponentes a la Anorexia Nerviosa en las adolescentes del 3º al 5º de secundaria, del colegio sagrado corazón, sin embargo, en los valores absolutos muestra cierta predisposición en la relación

entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa. Estos hallazgos no coinciden con lo encontrado por Pezo I. (Perú - 2009), quien en su estudio realizado sobre trastornos familiares asociados a algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila, Iquitos – 2009, dice que, en la funcionalidad familiar, la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia nerviosa presentan familia disfuncional en un 16.9% y en menor proporción 12.1% en relación a tendencia a anorexia y familia funcional. De acuerdo a los resultados obtenidos, notamos que las diferencias observadas no tienen significancia estadística, pero al observar los valores absolutos podemos encontrar una predisposición a que las adolescentes que presentan conductas predisponentes a la anorexia nerviosa provienen de hogares con disfunción familiar. Por lo tanto, nuestros hallazgos evidencian una predisposición a la relación de ambas variables, sugiriendo en la ejecución de otros trabajos de investigación, enfatizen la funcionalidad familiar en la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa en las adolescentes, en una mayor muestra poblacional.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación y a los objetivos presentamos las siguientes conclusiones:

1. El análisis Univariado, evidencia en cuanto a la variable Nivel de Autoestima no existe diferencia de distribución del grupo de adolescentes que presentaron autoestima alta (50% de 84) de con el grupo de adolescentes que presentaron autoestima baja (50% de 84). En cuanto a los síntomas depresivos el 90.5% de (152) adolescentes, no presentaron síntomas depresivos y el 9.5% de (16) adolescentes si presentaron síntomas depresivos. Con respecto a la funcionalidad familiar, el 70.8% de (119) adolescentes presentaron disfuncionalidad familiar y el otro 29.2% de (49) adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar. En relación a la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, el 63.1% de (106) adolescentes presentaron conductas predisponentes, y el otro 36.9% de (62) adolescentes no presentaron conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.
2. En el análisis bivariado se encontró relación entre los síntomas depresivos y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, la cual permitió aceptar la hipótesis planteada existe relación entre la presencia de síntomas depresivos y las conductas predisponentes a la anorexia nerviosa.
3. En cuanto a la funcionalidad familiar, no se encontró relación estadísticamente significativa con la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, pero al observar los valores absolutos podemos encontrar cierta predisposición en relación a la disfuncionalidad familiar y la presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa (42.9% de 72 adolescentes).

-
-
-
4. No se encontró relación entre las variables autoestima y presencia de conductas predisponentes a la anorexia nerviosa, por lo cual se concluye que existe independencia de variables.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro sincero y profundo agradecimiento a las siguientes personas:

- ❖ A la Facultad de Enfermería - UNAP, por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.
- ❖ A nuestra querida Asesora: Dra. Eva Lucía Matute Panaifo. Por su apoyo profesional, carácter, tiempo, consejos sabios, dedicación y comprensión, con la que ha guiado la investigación a lo largo de su desarrollo y por el apoyo estadístico que acertadamente nos ha brindado.
- ❖ A la Dra. Elva Lorena REATEGUI DEL CASTILLO y la Dra. Hilda MONTOYA DE LOPEZ, docentes miembros del jurado calificador, por sus valiosas sugerencias y oportunos aportes, en el desarrollo de la investigación.
- ❖ A la Sra. Nelly RENGIFO DE GARCIA, directora del colegio sagrado corazón, por aceptar y facilitarnos la autorización para la aplicación de los instrumentos.
- ❖ A las adolescentes del colegio sagrado corazón, participantes en la investigación, por brindarnos su valioso tiempo y sus experiencias tempranas.
- ❖ A la Sra. Lady SAAVEDRA BARDALES, secretaria del instituto de investigación de la facultad de enfermería, por su valioso apoyo y orientación en los tramites y responsabilidades a considerar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (2): 153-160
2. Hunot C, Vizmanos B, Vázquez E, Celis. Definición Conceptual De Las Alteraciones De La Conducta Alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Volumen 9 No.1. Guadalajara – Mexico. Enero-Marzo 2008.
3. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J. Am. Diet. Assoc.* Vol. 106:2073-2082. 2006.
4. González C, Pérez E, Martín B, Mitja I, *et all*. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación; *Psiquiatría*. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. España; artículo 161.582; *Aten Primaria*. 2007; 39(4)189-94.
5. Díaz J. *La Anorexia Nerviosa En Niños y Adolescentes*, España 2008, 105:145-150.
6. González A. Trastorno de la conducta alimentaria. *Pediatr Integral* 2004;VIII(8):665-670. España - Sevilla.
7. March J, Suess A, Prieto M, Escudero M, *et all*. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp*. 2006;21(1):4-12. España.

8. Escobar C; "Cuerpos en Distorsión" El Comercio. Lima – Perú, Pág. 62. Febrero 2003.
9. Rico H. Anorexia Nerviosa. Revista Vivat Academia. Setiembre 2006. N° 38. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n38/ambiente.htm>
10. Castillo A. Relación Entre La Presencia De Conductas Alimentarias De Riesgo Con La Depresión Y El Ambiente Familiar En Estudiantes De Educación Media Y Media Superior, Universidad Nacional Autónoma De México, 2009
11. Pezo I. Factores familiares asociados a algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes residentes del AA. HH. Juan Carlos del Águila, Iquitos – 2009. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería. Iquitos – Perú.